Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse
Volume 11, 1925

"Eine hysterische Psychose in statu nascendi" by Dr. Wilhelm Reich
pp. 211 – 222

"Weitere Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung der Genitallibido," von Dr. Wilhelm Reich
pp. 297 – 317

von der Wirklichkeit zurückzog und in Phantasien, gerade auch solchen von der Unverwundbarkeit, Entschädigung suchte für die verloren gegangenen realen Glücksgüter.

Wenn wir das bisher Erfahrene zusammenfassen, so erkennen wir, daß der Zusammenbruch nicht nur einem hohen Maße von Narzißmus ein Ende machte, sondern auch mit ihm der bisherigen ausschließlichen Identifizierung mit dem Vater auf Grund gleicher Liebe zur Mutter, gleicher Eifersucht auf sie und des gemeinsamen Penisstolzes.

Vor der Krise im achten und neunten Jahre hatte er in ungebrochenem, kindlichem Größenwahn den Vater zur Rede gestellt, der Knirps mit einem Holzschwert hatte keck und übermütig dem Vater gedroht, er würde es mit ihm zu tun haben, wenn er die Mutter ärgerte. Kleinen Mädchen gegenüber hatte er sich sehr überlegen gefühlt wegen seiner Kletterkünste und seiner männlichen Fähigkeit, einen Schmerz zu verbeißen. Jetzt dagegen ist er nicht besser als ein Mädchen, er ist schwächlich und wird anal gemessen. Vor allem aber: Die Mutter zeugt Kinder nicht mit ihm, sondern mit dem Vater, und sogar der kleine Bruder gilt ihr mehr als er selbst — denn ihm schenkt sie die Brust.

Seine Versuche, sich seiner alten Überlegenheit zu versichern, wie z. B. in der Exhibitionsszene, schlagen fehl, müssen fehlschlagen, denn er hat die Sicherheit des unantastbaren Penisbesitzes und damit allen Glauben an sich selbst verloren, und die Mutter liebt ihn nicht mehr. Beides fällt im Grunde zusammen.

Die weitere Analyse ergab übrigens noch eine dritte, für die Bedeutung des Kastrationskomplexes charakteristische Deckerinnerung. Seine kleine Schwester konnte eines Tages ihren Kopf beim Spielen aus einem Eisengitter nicht zurückziehen — unzweifelhaft eine symbolische Darstellung seiner eigenen Furcht, den Penis in der engen weiblichen Scheide zurücklassen zu müssen.

Zwei kleine Ergänzungen noch:

1. Im Traum, in der Eifersuchtsszene und in der Exhibitionsszene aus dem achten Lebensjahr kehrt das Motiv des „Nichtssagens" wieder. Es wird durchaus ambivalent verwertet. Es wiederholt das unbefriedigende „Nichts", mit dem die Mutter seine Fragen und seine Anteilnahme in der nächtlichen Eifersuchtsszene abweist. Andererseits ist es das erleichtert empfundene Nichtssagen = Nichtschelten der Mutter bei seinem verbotenen Tun. Es bezeichnet die große Unsicherheit des Knaben, ob die Mutter ihm freundlich oder feindlich gesinnt sei. Daher auch im Traum das ungläubige Erstaunen, daß der Fuhrmann nichts sagt.

2. Die Bedingung des „verbotenen" = perversen Tuns führt gleichfalls auf die Mutter selbst zurück, denn diese hatte ja, wie das Kind wohl verstand, etwas in den Augen des Vaters Verbotenes getan, als sie sich von einem fremden Mann Bier anbieten ließ. Die Selbstbestrafungen des Knaben, wie sie im Sichertappenlassen und auch in der Absicht, sich kastrieren zu lassen wegen seiner Perversion, zutage treten, sind also im Namen des Vaters vollzogene Mißhandlungen der Mutter, die infolge der Introjektion dem eigenen Ich zuteil werden. —

Der normale kindliche Ödipuskampf endet mit dem Aufgeben der Mutter als Liebesobjekt und der Verstärkung der Identifizierung mit dem Vater.

In unserem Falle sehen wir das mächtige Eingreifen der Kastrationsangst zu einem eigenartigen Ausgang führen. Denn diese Kastrationsangst läßt der Liebeswahl des Patienten nur noch solche Objekte, die

1. nicht dem Vater gehörig und nicht der Mutter gleich sind,

2. nicht das Andenken der Kastrationsbedrohung mittels eines größeren Penis oder der Kastrationsbefürchtung durch einen fehlenden Penis hervorrufen könnten, d. h. im positiven — narzißtischen — Sinne nur noch Knaben, wie er selbst einer war, die dem Vater ähnlich, doch nicht gleichwertig, und von der Mutter geliebt sind.

Der spezifischen Kompromißbildung ist es also zu danken, wenn der Patient in seinem späteren Leben auch auf die kleinen Mädchen verzichtet, — denn in ihnen flieht er die unabweisbar gewordene Kastrationsvorstellung, — wenn er aber andererseits in seiner Inversion nicht zur Männer-, bzw. Vaterliebe und somit nicht zur völligen Identifizierung mit der Mutter in passiv weiblicher Einstellung gelangt.

Läßt zwar die nunmehr anerkannte Überlegenheit des väterlichen Penis eine normale sexuelle Potenz den Frauen = Muttergestalten gegenüber nicht zu, so bestehen doch auch Reaktionsbildungen gegenüber der in gewissem Umfang akzeptierten Kastration: Die aktiv-männliche Sexualbetätigung gegenüber Knaben dient (ähnlich wie früher die Exhibitionsszene mit den Mädchen) als Beweis des eigenen Penisbesitzes.

Die Rettung des Penis[1] erfolgt also bei unserem Patienten auf Grund von dessen Entwertung zum dauernd infantilen (nur schwacher Aggressionen fähigen) und einer vom Schuldgefühl geleiteten Objektbeschränkung, die ihn weder zum ernsthaften Rivalen des Vaters noch der Mutter werden läßt. Zugleich aber ermöglicht ihm die Art der Kompromißbildung, die Last eines völligen Verzichtes auf reale Triebbefriedigung ohne Aufschub abzuwälzen.

Eingegangen am 27. Januar 1925.

Eine hysterische Psychose in statu nascendi

Von Dr. Wilhelm Reich (Wien)

Es ist durchaus selten, daß der nicht an Irrenanstalten tätige Psychoanalytiker Gelegenheit bekommt, hysterische Psychosen, im speziellen hysterische Spaltungen zu beobachten. Zumindest findet sich in der gesamten psychoanalytischen Literatur, bis auf die Fälle von Breuer und Freud in den „Studien über Hysterie" (insbesondere die Fälle Anna O. und Emmy v. N.) und von einigen beiläufigen Bemerkungen anderer Autoren über diesen Gegenstand abgesehen, keine spezielle Arbeit. Es bedarf daher die Mitteilung eines solchen Falles keiner besonderen Rechtfertigung. Die wenigen theoretischen Bemerkungen, welche sich an das Referat der Analyse knüpfen werden, haben den Zweck, Probleme theoretischer und technischer Natur, die sich ergeben haben, zur Diskussion zu stellen.

[1]) Siehe Freud, „Der Untergang des Ödipuskomplexes". (Ges. Schriften, Bd. V.)

I

Es handelt sich um eine neunzehnjährige Hysterika, welche im April 1925 die Analyse bei einem Herrn der Wiener Gruppe begann und nach drei Monaten bei mir fortsetzte. Sie dauerte im ganzen sechseinhalb Monate und mußte infolge des Ausbruches einer kontinuierlichen psychotischen Spaltung abgebrochen werden. Die Patientin leidet seit mehr als fünf Jahren an Schlaflosigkeit und seit einem Jahr an einem konversionshysterischen Bauchschmerz. Letzterer ist in der Gegend des Appendix lokalisiert, örtlich scharf umschrieben und wird als stechend und bohrend charakterisiert. Fast täglich, gewöhnlich des Nachmittags, tritt er für die Dauer von zwei bis fünf Stunden in typischer Weise auf: er setzt erst leise an, steigert sich allmählich bis zu größter Intensität und flaut dann ebenso langsam wieder ab. Während der Menstruation ist er besonders intensiv und anhaltend.

Außerdem bestehen seit drei Jahren Ausnahmszustände. Die Patientin selbst weiß nichts von ihnen, glaubt vielmehr nachher immer geschlafen zu haben. Die Außenanamnese ergibt, daß die Patientin oft mehrere Male am Tag mitten in einem Gespräch plötzlich wie verloren ist, aufsteht, an den Wänden entlang sich hinschleicht, um dann am Tür- oder Fensterpfosten, den Kopf in den Armen vergraben, bitterlich weinend, unverständliche Worte vor sich herzusagen. Wie ich später in der Analyse erfuhr, traten Ausnahmszustände auch in der Nacht auf. Diese hatten anderen Charakter: Die Patientin räumte alle Kleider aus den Kästen, schmückte sich mit den schönsten Kleidern, verweilte lange vor dem Spiegel, tanzte, war fröhlich und das Ganze endete mit lustvollem Reiben der Handflächen an den Brüsten. Alles wurde vergessen und die Patientin wunderte sich dann über die Unordnung im Zimmer, besonders aber darüber, daß die feinen Kleider am Boden herumlagen. Es ist zu betonen, daß die Patientin sonst fast immer ein und dasselbe schlichte Kleid trug und jede hübschere Kleidung ablehnte.

Neben diesen Symptomen bestand aber ein Charakter, den wir alles eher denn einen hysterischen nennen möchten. Die Patientin ist seit frühester Kindheit verschlossen, meidet jede Gesellschaft, hält sich am liebsten in ihrem Zimmer auf und weist jeden Versuch, sie aufzuheitern, zurück. Sie ist deprimiert, dabei aber in Gesellschaft von einer oberflächlichen Liebenswürdigkeit. Sie will von Flirt nichts wissen und lehnt alle Annäherungsversuche junger Männer mit feinen, ironischen Bemerkungen ab. Sie will nicht imponieren, vernachlässigt eher ihr Äußeres, wie sich in der Analyse herausstellt, mit Absicht, sie hat in ihrem Benehmen manchmal einen durchaus unzugänglichen, autistischen, ja negativistischen Zug, nichts von der Aufdringlichkeit und Effekthascherei des typischen hysterischen Charakters. Sie ist sehr belesen, beherrscht mehrere Sprachen in Wort und Schrift und verfügt nicht nur über einen außergewöhnlich scharfen Intellekt, sondern auch, wie sich in der Analyse zeigte, über eine ganz ungewöhnliche Intuition. Sie fand sich sofort in die analytische Arbeit hinein und begriff das Wesen des Unbewußten, der Symbolik, der seelischen Mechanismen schon nach wenigen Stunden. Eine manchmal vorherrschende Maniriertheit hat eher den feineren Charakter der Schizophrenie, als den grob aufgetragenen der Hysterie. Sie paßt auch trefflich zum vorwiegend autistischen Wesen. Als ich die Patientin zum erstenmal sah, hatte ich durchaus den Eindruck einer Schizophrenie, den ich im Verlauf der Analyse nie ganz überwinden konnte, obwohl sich nunmehr typische hysterische Mechanismen darboten. Der Eindruck einer Schizophrenie verstärkte sich dann wieder beim Ausbruch der kontinuierlichen Spaltung. Da es sich mir hauptsächlich um Darstellung des letzteren handelt, werde ich vom Material der viermonatigen Analyse nur so viel mitteilen, als zu seinem Verständnis notwendig ist.

Die Patientin ist die zweitälteste unter fünf Kindern. Eine um drei Jahre ältere Schwester starb genau zwei Jahre vor Ausbruch der Psychose an Typhus und spielte in der Krankengeschichte eine wesentliche Rolle. Sie war vollkommen gesund, heiter und lebenstüchtig. Von drei um vier, sechs und dreizehn Jahre jüngeren Geschwistern zeigt nur der jetzt dreizehnjährige Bruder Anzeichen eines zwangsneurotischen Charakters: er ist äußerst intelligent, grüblerisch, pedantisch und gehemmt. Der Vater ist ohne wesentliche Störungen, lebenstüchtig, ebenfalls intelligent; die Mutter ist eine reizbare Persönlichkeit ohne ausgesprochene neurotische Symptome. In der weiteren Familie nichts Bemerkenswertes.

Schon in der zweiten Woche der Analyse gelingt es, den Sinn und die Herkunft des Bauchschmerzes und der einen Form der Ausnahmszustände aufzudecken: Während einer Sitzung steht die Patientin wie verloren und wankend auf, schleicht an den Wänden entlang zum Fenster und murmelt weinend Worte vor sich hin, die ich sofort als hebräische erkenne. Die Patientin beantwortet keinen Anruf, verharrt in derselben Stellung ungefähr dreiviertel Stunden, geht dann zum Sofa zurück, erwacht und sagt: „Verzeihen Sie, Herr Doktor, ich habe wieder einmal geschlafen." Am nächsten Tage droht dasselbe, ich verhindere es durch festes Rütteln am Arm und durch die Aufforderung, heute das zu erinnern, was sie gestern hebräisch gesprochen hatte. Sie meint darauf, sie habe seit dreizehn Jahren kein hebräisches Wort mehr gesprochen, sie habe alles, was sie einmal gelernt hatte, vergessen, und staunt über das, was ich ihr nun berichte. Allmählich fällt ihr jedoch das am Vortage Gesprochene ein und nun bricht mit allen Merkmalen kathartischer Explosion die verdrängte, in den Ausnahmszuständen wiedererlebte traumatische Situation durch: Zwischen ihrem fünften und siebenten Lebensjahr hatte sie bei einem jungen Lehrer Hebräisch gelernt. Eines Tages hatte er sie mit Alkohol betäubt; sie war mit einem stechenden Schmerz im Genitale erwacht und hatte sich nackt in seinem Bett liegend gefunden. Er kniete neben ihrem Bett, rechts von ihr, sein Kopf lag auf ihrem Bauch oberhalb der rechten Leistenbeuge (dem Orte des späteren Schmerzes) und hielt einen Finger in ihrer Scheide (daher der Schmerz beim Erwachen). Als er sie erwachen sah, warf er sich über sie; was dann geschah, weiß sie nicht mehr. Später glaubte sie, sich undeutlich erinnern zu können, daß er sein Glied gegen ihren Mund gepreßt hatte. Sie erinnert dann nur noch, aufgesprungen zu sein und nackt den Wänden entlang geschlichen zu sein. Dabei hätte sie weinend, in hebräischer Sprache, dieselben Sätze gerufen, welche sie im Ausnahmszustande zu sprechen pflegte: „Gib mir meine Kleider, gib mir meine Strümpfe, gib mir meine Schuhe. Warum machst du die Fenster und die Türen zu, ich fürchte mich, ich will nach Hause gehen." Er hatte sie dann ankleiden und durch ein Mädchen nach Hause führen lassen. Sie verfiel in ein „Nervenfieber", in dem sie immerfort „zerrissene Blumen" halluzinierte und ihre Mutter bat, ihr doch ihre Blumen zurückzugeben. Nach

vierzehn Tagen war alles vergessen und sie erinnerte sich noch deutlich ihrer Anstrengung, das Erlebte zu vergessen und beschreibt die Verdrängung wie folgt: „Es war wie ein Schleier, der sich langsam über das Vorgefallene senkte." Vorher hatte sie einen mächtigen Drang in sich verspürt, alles der Mutter zu erzählen, diese aber hatte sie mit den Worten „du bist immer ein raunziges, widerliches Ding" zurückgestoßen, ohne sie anzuhören. Sie erhob schwere Vorwürfe gegen die Mutter, fühlte sich verstoßen und unglücklich. Sie erholte sich jedoch bald wieder, hatte alles vergessen, aber es blieb die Angst, am Morgen nach dem Erwachen ein Kind im Bette zu finden. Seither war sie zurückgezogen, scheu, wagte keinem Menschen in die Augen zu sehen, ohne zu wissen warum, sie wollte nie mehr Hebräisch lernen und hatte alles Gelernte vergessen. Der Lehrer zog bald darauf in eine andere Stadt. Als sie viele Jahre später dem damals geflüchteten Lehrer begegnete, empfand sie nur mehr einen heftigen Widerwillen gegen seine Person.

Wir hatten in der Analyse nicht den geringsten Grund, an der Realität des Geschilderten zu zweifeln. Die Details paßten derart prägnant zueinander, daß wir uns nur noch die Frage vorzulegen hatten, warum diese Situation traumatisch gewirkt hatte und in Ausnahmszuständen wiedererlebt wurde. In vielen anderen Fällen werden solche Erlebnisse gar nicht vergessen oder kommen nicht zu derartiger Wirkung. Daß wir in diesem Erlebnis nur die Vollendung einer von lange her vorbereiteten Bereitschaft zum Trauma zu erblicken hatten, wie Abraham ausführte[1], und es nur einem speziellen Symptom und einer Art von Ausnahmszuständen den Inhalt gegeben hatte, zeigte die weitere Analyse. Der Bauchschmerz schwand für einige Zeit, diese Ausnahmszustände kehrten nicht wieder, aber die Frage, warum die Patientin mit Ausnahmszuständen reagierte, blieb zunächst ungelöst.

Der Bauchschmerz entsprach auch einer Schwangerschaftsphantasie und war zum erstenmale nach hypnotischer Behandlung durch einen Kurpfuscher (eineinhalb Jahre vor der Analyse) aufgetreten, der die Patientin entführen wollte: sie war ihm eine Zeit lang hörig gewesen, hatte aber dann ihre innere Abwehr dadurch zum Ausdruck gebracht, daß sie taub wurde, um „weder seine Leckereien noch die Eltern hören zu müssen", welche ihr mit Mahnungen und Bitten „in den Ohren lagen". Nach vier Wochen wich die Taubheit spontan.

Wir wollen nun kurz die Disposition zum Trauma besprechen. Im dritten und vierten Lebensjahre hatten zwei Theorien der Empfängnis bestanden: eine ältere, welche lautete: „man bekommt ein Kind, wenn man ein Kind aufißt", und eine jüngere: „man bekommt ein Kind, wenn man geküßt wird". Beide Theorien beherrschten sie vollkommen und erfuhren viele Abwandlungen. Sie war gerade vier Jahre alt, als ihr jüngerer Bruder geboren wurde. Um dieselbe Zeit (es ließ sich ziemlich genau ermitteln) bestand eine neurotische Eßstörung: sie wollte nur essen, wenn der Vater sie auf den Knien hielt und fütterte; ihrer Theorie entsprechend bedeutete die Eßstörung den Wunsch, vom Vater auf oralem Wege ein Kind zu bekommen. Hier ist der Ort, zu erwähnen, daß ein Detail aus der traumatischen Szene eigentlich

1) „Disposition zu traumatischen Erlebnissen." (Abgedr. in seiner Schrift: „Klinische Beiträge zur Psychoanalyse." Intern. PsA. Bibliothek, Bd. X.)

nie recht zu ebenso genauer Beschreibung gelangte wie die anderen: es hieß, der Lehrer hätte sich über sie geworfen und sein Glied an ihren Mund gepreßt, aber es war unsicher, dunkel, so daß die Vermutung nahe lag, daß hier ein Stück hinzuphantasiert worden war.

Die Analyse erwies, daß die Libidoposition der Patientin zu jener Zeit (ebenso später) eine durchwegs orale war. Sie begehrte den Vater oral (s. die Eßstörung) und entwickelte der Mutter gegenüber einen oralen Trotz, der sich zum Beispiel darin äußerte, daß sie auf Fragen nicht antworten wollte. Während der Analyse wiederholte sich diese Einstellung im Mutismus (s. später). Die durchwegs orale Einstellung in der Ödipusphase hatte ihren Grund darin, daß die Verdrängung der Genitallibido viel früher vorgefallen war.

Die Patientin erinnerte in der Analyse eine Szene, die zeitlich genau erfaßt werden konnte, da es sich um eine Übersiedlung handelte, als die Patientin noch nicht zwei Jahre zählte. Sie sieht sich als ganz kleines Kind in einem unvollkommen eingerichteten Zimmer (Übersiedlung mit eindreiviertel Jahren) stehen und weinend nach der Mutter rufen: „Mutter, Mutter, gib, gib, gib zurück, ich werde es nicht mehr tun." Dieser Ausruf dominierte zur Zeit der Analyse in Zuständen der Erregung. Sie wußte nie, was es zu bedeuten hatte. Erst in der Analyse erinnerte sie das mütterliche Verbot, mit dem Genitale zu spielen, und ihre damals gebildete Theorie: es gäbe zwei Sorten von Buben: die braven, welche ihr Glied behalten dürfen, und die schlimmen, denen es weggenommen wurde, i. e. die Mädchen.

Ein nie vergessener Angsttraum aus dem vierten Lebensjahre lautet: *„Ich gehe durch einen schönen, großen Garten und bitte meine ‚Omama' (Großmama) um ein Geschenk. Sie will mir zuerst weiße, weiße[1] Tauben geben, die will ich aber nicht nehmen. Ich sehe Schlangen am Boden liegen, die ich gerne haben möchte. Wie ich die Hand nach ihnen ausstrecke, um sie zu berühren, werden sie starr und steif, ich erwache mit einem Schrei."* Ein deutlicher Onanietraum (Berühren — Angst): sie will von der Mutter die Schlangen haben, das heißt das Glied, welches sie ihr genommen hat. (Vgl. hiezu den Ausruf „Mutter, gib zurück" und die Theorie von den guten und bösen Buben.) Daß dahinter auch noch Koitusbeobachtungen steckten (die Schlangen im Garten der Mutter), sei nur erwähnt. Das Wesentliche dieser Tatsache besteht aber darin, daß noch vor dem Ende des zweiten Lebensjahres die Versagung und Verdrängung der Genitallibido, und zwar von der Mutter her, erfolgte. Damit fixierte sich die weniger verbotene orale Position, welche sowohl in den Empfängnistheorien als auch in der Eßstörung, sowie in dem Trauma mit dem Lehrer (der phantasierten [?] Fellatio) zum Ausdruck kam. Sie hat dann nie mehr genital, sondern nur oral onaniert, wie zum Beispiel in Dämmerzuständen an den eigenen Brüsten (die verdrängte Penisphantasie heftete sich hiebei an die Brust = Penis). Und hier setzt die Bedeutung der älteren Schwester an. Diese

1) Sowohl in der Mitteilung, als auch in der Niederschrift des Traumes hieß es: „weiße, weiße Tauben". Die Patientin deutete die weißen Tauben als Symbol der Unschuld. (Forderung der Mutter.) Es lag aber die Annahme einer tieferen Bedeutung nahe: die scheinbar sinnlose Wiederholung des Adjektivs soll die Zahl „zwei" ausdrücken und das Ganze kann dann nur die Brüste meinen.

wurde von der Patientin wegen ihrer Lebenstüchtigkeit beneidet. Das Verhältnis war bis zum Kriege, das heißt bis zum zwölften Lebensjahre der Patientin, kein gutes. Sie verhielt sich zur Schwester ablehnend, manchmal boshaft, und haßte sie bewußt. Als der Krieg eine feindliche Invasion brachte und die Bevölkerung das Haus nicht zu verlassen wagte, schloß sie sich der Schwester inniger an; es kam insbesondere zu gegenseitigen Liebkosungen an den Brüsten. Die Mutter gebar um diese Zeit das jüngste Kind, was an ihre alte Schwangerschaftsphantasie rührte; der bewußterweise immer innig geliebte Vater mußte einrücken und jetzt brachen die Ausnahmszustände und die Schlaflosigkeit aus.

Die neurotischen Zustände waren aber zunächst selten und wenig störend; erst als die nunmehr geliebte Schwester starb, brachen die Symptome in ihrer endgültigen Stärke durch. Sie hatte ihr wesentlichstes homosexuelles Liebesobjekt, beziehungsweise den Ersatz der oral geliebten Mutter verloren, zog sich von der Welt zurück und regredierte in die Phantasie.

Nun zum Ausbruch der Psychose: am Todestage der Schwester wurde die Patientin zunächst mutistisch. Sie verlor auch den Ausdruck der deutschen Sprache. Wir konnten uns nur schriftlich und französisch verständigen. Als ich sie fragte, was die Stummheit bedeuten sollte, schrieb sie als erstes „θάνατος" auf: es bedeute den Tod, und zeigte mir eine vor zwei Jahren geschriebene Tagebuchstelle, in der es heißt: „Ich werde hindorren, ich werde verstummen, ersterben, meine Lippen werden sterben." Daß sie das Deutsche „verlernt" hatte, konnte zunächst auf ihren Widerstand gegen die Fortsetzung der Analyse zurückgeführt werden. Damit war aber die Ausschließlichkeit der französischen Sprache keineswegs erklärt. Dazu schrieb sie nieder: *„Il m'est maintenant si difficile de penser autrement que français. Et en outre ça m'était toujours une grande peine et un terrible chagrin le français."* Zwei Tage später erfuhr ich von ihr, daß die Mutter sie französisch unterrichtet hatte. Die Depression verstärkte sich, Suizidideen setzten mit aller Vehemenz ein. Es dominierte die Idee, in einer innen mit Glas ausgekleideten Kugel zu ruhen. Ich erfuhr (es war im Winter), daß die Patientin sich mit dem Gedanken herumtrug, sich in schneeiger Landschaft dem Erfrierungstode auszusetzen, eine Idee, welche schon in frühester Kindheit, lange vor dem Trauma, bestanden hatte und durchaus lustbetont war. Es wurde klar, daß der Mutismus zunächst einer Identifizierung mit der verstorbenen geliebten Schwester entsprach und überdeterminiert war durch Sehnsucht nach dem Mutterleib. Es ist zu betonen, daß wenige Tage vor Ausbruch des Mutismus die Erinnerung an die Kastrationsdrohung der Mutter durchgebrochen war. Schon im Mutismus, aber dann noch viel deutlicher in der Spaltung, kam die scharfe Ambivalenz der Mutter gegenüber zum Ausdruck: der intensiven oralen Fixierung und Mutterleibssehnsucht stand der Haß wegen der Kastrationsdrohung gegenüber.

Die Patientin akzeptierte alle ihr gegebenen Erklärungen über die Motive des Verstummens, in erster Linie die im Verlust der deutschen Sprache sich ausdrückende Ablehnung der Analyse. Der Mutismus wich nicht. Dieser Zustand dauerte dreieinhalb Wochen. Der Vater, dem die Veränderung ihres Zustandes mitgeteilt worden war, bestürmte mich mit drohenden und bittenden Briefen. Daher wurde in einem Konsilium beschlossen, den Versuch einer suggestiven

Behebung des Mutismus zu machen, das heißt die Patientin zu einem Laryngologen zu schicken, der sie faradisieren sollte. Die Patientin willigte ein, am nächsten Tage hinzugehen; am Vormittage wich der Mutismus spontan, aber nur, um einer hysterischen Psychose mit Spaltung der Persönlichkeit Platz zu machen.

Es kann nun kein Zweifel darüber bestehen, daß der Beschluß eines suggestiven Eingriffs in diesem Falle eine Fehlentscheidung war. Man hätte abwarten müssen, doch wie glatt sich solche Vorfälle auch theoretisch lösen lassen, in der Praxis hat man es gewöhnlich mit einer *vis major* zu tun: der Vater eröffnete geradezu ein Bombardement mit Briefen. Der Zustand der Patientin schien sich ins Unendliche hinziehen zu wollen. Auch eine Unterbrechung der Analyse hatte keinen Erfolg gehabt.

Am Nachmittag des nächsten Tages kam die Patientin wie gewöhnlich zur Sitzung, aber schon an der Tür fiel ihr verändertes Wesen auf: sie sieht wie geistesabwesend an mir vorbei und erkennt mich nicht, wer ich denn sei, sie habe so eine dunkle Erinnerung, mich einmal gesehen zu haben. Sie wisse nicht, wozu sie eigentlich hergekommen sei. Ob ich denn schon das Neueste wüßte: eine gute Bekannte von ihr, die Eva S. (ihr eigener Name) sei gestorben. Was sie denn jetzt anfangen, wie sie es den Eltern der Verstorbenen mitteilen solle? Dann fügt sie spontan hinzu, sie habe die Eva erwürgt, sie habe sie zu Tode geküßt. Auf einige an sie gestellte Fragen redete sie zunächst nach dem Typus Ganser vorbei. Wer sie sei, wisse sie nicht. Sie kennt sich auf der Straße nicht aus und hat auch sonst jede Orientierung verloren. Was das denn für eine Stadt sei? Wie eigentümlich doch die Menschen dieser Stadt seien: sie habe auf dem Wege zu mir meine Wohnung nicht finden können und sich bei Straßenpassanten nach dem „Dr. Richilieu" erkundigt, das sei doch mein Name, die Leute hatten aber gelacht. Die Eva S. sei vor dem Tode sehr traurig gewesen, sie habe sich vor dem „roten und dem weißen Tode" gefürchtet. Wie erst später klar wurde, meinte sie mit dem roten Tode die angekündigte Behandlung durch den Laryngologen, welche Kastrationsbefürchtungen geweckt hatte. Auch die Bedeutung des „Eingriffes im Munde" ist nicht zu übersehen. Der weiße Tod entsprach ihrer Phantasie, in schneeiger Landschaft zu sterben. Ihr selbst gehe es aber sehr gut; auf eine diesbezügliche Frage meint sie, sie habe doch die Analyse nicht nötig. Ich ließ die Patientin von der Pension aus, in der sie wohnte, abholen und besuchte sie nun täglich zu Hause.

In den drei folgenden Nächten ist sie erregt, will in der Nacht aus dem Hause, sie lasse sich nicht bewachen, auch nicht einsperren. Am Tage ist sie ruhig, freundlich und spricht mit den übrigen Pensionsbewohnern. In der dritten Nacht hört sie Glockengeläute, „Sterbegeläute". Die an sie gelangenden Briefe zerreißt sie ungelesen, wie wir aber später erfuhren, hatte sie einem Briefe beigelegte Dollarscheine an sich genommen. Am vierten Tage geht es ihr besser, sie schläft gut, der Bauchschmerz und die Depression sind geschwunden, sie ist lebhaft, gesellig und aufgeräumt. Sie erkrankt vorübergehend an den Erscheinungen eines fieberhaften Lungenspitzenkatarrhs, die aber sonderbarerweise ebenso plötzlich verschwanden, wie sie gekommen waren. Sie spricht zusammenhängend, witzig, macht sich über die Ärzte lustig, die sie „für einen

Narren halten", manchmal kann man sich des Eindruckes der bewußten Simulation nicht erwehren. Den Vater spricht sie per „Sie" an, verspricht sich aber zweimal und sagt ihm „Du". Sie ist nett und liebenswürdig zu ihm, richtet seine Krawatte, bevor er ausgeht, ermahnt ihn, sich die Schuhe zu putzen, er könne doch nicht so ausgehen. An der Idee, nicht die Eva S. zu sein, hält sie fest.

Von der „Verstorbenen" spricht sie mit großer Liebe. Sie sei so unglücklich gewesen, der Tod sei für sie die einzige Möglichkeit gewesen. An Fragen nach der älteren Schwester hört sie vorbei. Sie selbst, meint sie schnippisch, sei „ein armer Narr". In einem späteren Briefe an mich unterschreibt sie sich wie folgt: „Es grüßt Sie bestens . . . Da bin ich aber in Verlegenheit. Wer denn? ein namenloses Narrenkind." Den Beschluß, in eine Anstalt gebracht zu werden, nimmt sie mit ironischer Bitterkeit auf, widersetzt sich aber nicht. Doch konnte die Internierung wegen materieller Schwierigkeiten nicht durchgeführt werden und da die Patientin ruhig war, nahm sie der Vater nach Hause. Unsere Hoffnung, daß sich die Spaltung bald geben würde, blieb bisher (es ist seither genau ein Jahr vergangen) unerfüllt. Die Patientin geht nicht aus, spricht wenig, sitzt in ihrem Zimmer und hält an ihrer Idee, nicht die Eva S. zu sein, fest. Es ist nachzutragen, daß die Patientin vor ihrer Abreise den Wunsch äußerte, in Analyse zu kommen. Äußere Momente verhinderten, diesem Wunsche zu willfahren.

II

Es wäre vollkommen fruchtlos, die Frage zu diskutieren, ob es sich hier um eine reine hysterische Psychose oder um eine unter dem Bilde der Hysterie verlaufende Schizophrenie handelt. Die Konsiliarii dieses Falles, Doz. Dr. Schilder und Dr. Jekels, teilten meine Ansicht, daß eine Schizophrenie nicht auszuschließen sei. Das kann nur nach dem weiteren Verlaufe entschieden werden. Doch muß die ungewöhnlich lange Dauer der Spaltung hervorgehoben werden. Die Symptomatik der vorpsychotischen Persönlichkeit ist eine typisch hysterische (hysterische Dämmerzustände, konversionshysterischer Bauchschmerz), nur der Charakter ist ausgesprochen schizoid (Neigung zum Autismus, das Fehlen der hysterischen Aufdringlichkeit in der Objektbeziehung, ihre außergewöhnliche Intuition und schließlich, was man vielleicht nicht gelten lassen wird, der Eindruck einer schizophrenen Persönlichkeit, den die Patientin von allem Anfang an machte). Zu ihrem schizoiden Charakter paßt auch vortrefflich der ausgesprochen asthenische Körperbau (s. Kretschmer: Körperbau und Charakter), doch muß daran gedacht werden, daß die Hysterie sich vorwiegend aus Persönlichkeiten des schizoiden Formenkreises im Sinne Kretschmers rekrutiert.

Gewisse Rücksichten zwingen uns, die libidotheoretischen Konsequenzen dieses Falles für eine Erörterung in geeigneterem Rahmen aufzusparen. Wir begnügen uns mit der Konstatierung, daß es sich bei unserer Patientin um eine deutliche Regression zur oralen Stufe handelt, ähnlich der bei der Melancholie. Schon in der Symptomatik kommt die Analogie zum Ausdruck. Die Eßstörung, die Depression, die Suizididee, der Mutismus, der an die oral bedingte Redehemmung der Melancholie erinnert. Vater, Mutter und Schwester werden oral geliebt, die Masturbation ist oraler Natur. Ferner die orale Identifizierung

mit der verstorbenen Schwester, die einmal schwer gehaßt war. Gegen die Mutter erhebt die Patientin wegen der erlittenen Enttäuschung schwere Vorwürfe. Abraham betont in seiner „Entwicklungsgeschichte der Libido"[1] seine Erfahrung, wonach bei der Melancholie schwere Enttäuschungen vor der genitalen Ödipusphase typisch zu sein scheinen. Eine solche Enttäuschung liegt in unserem Falle fraglos vor: die Kastrationsdrohung vor dem Ende des zweiten Lebensjahres. Andererseits fällt uns auf, wie früh die Genitallibido in Aktion getreten war, denn wir müssen annehmen, daß das betreffende Erlebnis den Abschluß einer Periode bedeutete, die längere Zeit vorher bestanden hatte.

Die Neigung unserer Patientin zum Autismus ist durch die enorme orale Fixierung und die so deutlich gewordene Sehnsucht nach dem Mutterleib wohl genügend determiniert. Letztere bediente sich des Todes der zuerst gehaßten, später oral geliebten Schwester, indem sie dem Wahn seinen Inhalt gab, wobei die Ambivalenz deutlich zum Ausdruck kam: sie habe die Eva S. „tot geküßt". Die vorpsychotische Eva S. war aber mit der Schwester intensiv identifiziert. Der ideelle Suizid erfolgte am Todestag der Schwester und bedeutete, der Ambivalenz entsprechend, zweierlei: erstens nochmalige Tötung der Schwester und zweitens Suizid aus Schuldgefühl (also ähnlich wie bei der Melancholie). Die submanische Stimmung nach Ausbruch der Psychose kann unter anderem auch als Triumph über das getötete Objekt aufgefaßt werden. Dies leitet über zum ökonomischen Sinn der Spaltung: sie ist als Heilungsversuch aufzufassen und bezweckt die Befreiung vom introjizierten Objekt, beziehungsweise von dem mit ihm identifizierten Teil des Ichs auf dem Wege der wahnhaften Tötung. Wir wollen aber diese Bedeutung der hysterischen Spaltung gewiß nicht verallgemeinern.

Es sei bei dieser Gelegenheit darauf hingewiesen, wie häufig hysterische Spaltungen, bzw. Dämmerzustände von Mutismus begleitet sind. Dem hysterischen Mutismus kommt aber sicherlich die Bedeutung des Totseins ganz allgemein zu. Auch in Träumen steht Stummsein häufig für Totsein. Ich erinnere überdies an die Redewendung: „er ist für immer verstummt" für „gestorben". Eine andere Patientin mit hysterischen Ausnahmszuständen, welche sich mit der Absicht herumtrug, ihre Kinder und sich selbst[2] umzubringen, entwickelte einige mutistische Phasen; der Zusammenhang mit der Suizididee war offenkundig. Lediglich als Vermutung sei vorgebracht, daß der Mutismus auch der Regression in das orale Stadium des sprachlosen Säuglingsalters entsprechen könnte. Das geht aus dem Falle „Anna O." (Breuer u. Freud. Studien über Hysterie) mit ziemlicher Deutlichkeit hervor.

Der Sinn und der ökonomische Zweck der Spaltung (Sterben, Entlastung vom schuldigen Ich) scheinen demnach ziemlich klar zu sein. Die Dynamik der Spaltung bedarf breiter Erörterungen, die ich mir um so eher ersparen kann, als ich die Diskussion dieser Frage an anderer Stelle versucht habe.[3]

1) Neue Arbeiten zur ärztlichen Psychoanalyse. Nr. II, Intern. PsA. Verlag, 1924.

2) Ebenfalls in schneeiger Landschaft! Ist das eine zufällige Häufung oder handelt es sich um eine typische Suizididee?

3) Vgl. Reich: „Der triebhafte Charakter", VI. Kap.: „Einige Bemerkungen über den schizophrenen Projektionsvorgang und die hysterische Spaltung" (Neue Arb. z. ärztl. PsA., Nr. IV, 1925).

III

Am Schlusse wollen wir uns noch mit Fragen technischer Natur auseinandersetzen. Gerade die Erörterung eventuell begangener Fehler soll es uns ermöglichen, sie künftighin zu vermeiden. Rücksichten auf etwaige Ausbeutung unserer Mitteilung zum Nachweis der „Schädlichkeit der Psychoanalyse" dürfen uns daran nicht hindern. Daß wir mit „explosiblen Stoffen" arbeiten, hat Freud als Erster betont. Es kommt darauf an, zu erfahren, wie man ihnen beikommt.

Die Patientin setzt in der Analyse sofort mit der Übertragung der traumatischen Situation ein: in der ersten Sitzung murmelt sie mehreremal leise: „ich fürchte mich" vor sich hin. Der Sinn des Ausspruches wurde, ohne daß ich vom Trauma eine Ahnung hatte, sofort als eine Furcht vor meiner Person im Sinne einer sexuellen Beziehung erkannt. Die Patientin war nämlich aus der Behandlung durch einen älteren Herrn zu mir gekommen; dort hatte sie mehr die zärtliche Seite der Übertragung gezeigt, hier brach die sinnliche durch. Ich gab ihr diese Erklärung, wodurch der erste Widerstand beseitigt wurde, und die Analyse nahm ihren regelrechten Gang. Es war also die positive Übertragung in typischer Weise zum Widerstand geworden.

Die Produktion von Dämmerzuständen in der zweiten Woche während der Sitzung war natürlich ebenfalls Übertragungssymptom: der Sinn der Situation war, daß sie in der Phantasie das Trauma bei mir erlebt. Es wurde bereits berichtet, wie sie zur Erinnerung der vergessenen Szene kam. Eine Analyse der damit verknüpften Übertragungssituation war aber nicht erfolgt. Ich hatte effektiv keine Gelegenheit, der Patientin zu sagen, daß sie auch mich gemeint hatte, als sie bei mir die bekannten hebräischen Sätze sprach. Diesmal war die Übertragung nicht zum Widerstand geworden, denn die Patientin assoziierte, erinnerte, fügte sich in ausgezeichneter Weise durch volle zwei Monate, bis ein neuer Widerstand, diesmal negativer, ablehnender Natur, einsetzte.

Die Analyse dieses Widerstandes führte zunächst zur Besprechung ihrer positiven Einstellung sowohl zum ersten Analytiker als auch zu mir. Sie lehnte mich jetzt ab, weil ich sie zurückgewiesen, ihre verstellten Liebesanträge nicht akzeptiert hatte. Dies wurde ihr mitgeteilt, von ihr verstanden und akzeptiert. Der Erfolg war, daß die Patientin weitere Fortschritte machte und zur Analyse ihrer Ambivalenz der Mutter gegenüber gelangte. Jetzt erst erinnerte sie, wie die Mutter sie nach dem traumatischen Erlebnis nicht hatte anhören wollen, die Vorwürfe, die sie damals gegen die Mutter erhoben hatte und ihre Abneigung gegen sie. Die Ablehnung des Analytikers war also eine Übertragung der Ablehnung der Mutter. Dazu kam die früher besprochene Liebesenttäuschung. Die nunmehr vorherrschende Mutterübertragung war auch dadurch gekennzeichnet, daß die Patientin einen heftigen Fragedrang aktivierte; sie stellte zuerst banale, dann andere Fragen, wie zum Beispiel, ob sie noch eine Jungfrau sei und ähnliches mehr. Im Verlaufe der Analyse dieser Übertragungssituation erinnerte die Patientin den Inhalt der zweiten Art von Dämmerzuständen (Onanie an den Brüsten), die Szene aus dem zweiten Lebensjahre, sowie Details einer Fragedrangperiode aus der Zeit um die Geburt des Bruders; sie hatte die Mutter immerfort gefragt, was das denn für ein Ding wäre, das der Bruder da hatte (das Glied), bis die Mutter eines Tages mit den Worten: „Du

bist ein ungezogenes Ding" dem Fragedrang ein Ende setzte. Einige Tage später kam der Todestag der Schwester und es erfolgte der Ausbruch des Mutismus. Auch dieser bedeutete ja in erster Linie Ablehnung der Analyse: sie hatte die deutsche Sprache verlernt. Diese Situation wurde der Patientin mit allen bekannten Hintergründen voll gedeutet und von ihr, wenn auch ohne Erfolg, akzeptiert.

Der Fall wurde in klassischer, vollkommen passiver Analyse durchgeführt. Nun haben aber gerade in jüngster Zeit Ferenczi und Rank[1] der Analyse der Übertragungssituation mit Recht größere Bedeutung beigemessen. Das Neue an ihren diesbezüglichen Ausführungen läßt sich kurz folgendermaßen charakterisieren: in der passiven, klassischen Analyse galt die Regel, die Übertragung erst dann zu analysieren, wenn sie zum Widerstande geworden ist.[2] Demgegenüber betonen Ferenczi und Rank, insbesondere letzterer,[3] die Notwendigkeit, die Übertragungssituation immer zu analysieren, auch wenn sie nicht zum Widerstande geworden ist, zum Beispiel auch aus jedem Traum die Übertragungssituation nach Möglichkeit herauszuschälen. So wollen sie die Analyse des Erlebten in erster Linie auf dem Übertragungswege erzielen.

Ich habe mich nun überzeugen können, daß man mit der klassischen Regel Freuds bei allen milderen Neurosen sehr gut auskommt, habe aber an Analysen von triebhaften Charakteren und schweren Charakterneurosen die Erfahrung gemacht, daß hier nur mit unausgesetzter Analyse der Übertragung Brauchbares auszurichten ist. Ich zähle unseren Fall zu den schwersten Neurosen und vermute, daß hier ebenfalls tägliche Übertragungsanalyse nötig gewesen wäre, ohne darum überzeugt zu sein, daß die neuere Anwendung der Übertragungsanalyse den Ausgang anders gestaltet hätte.

Viel wesentlicher scheint mir ein anderes Moment zu sein. Soll die analytische Arbeit fruchtbar werden, so muß das Ich des Patienten bereit sein, die Konflikte, welche in der Analyse aktiviert werden, insbesondere aber die durchbrechenden, verdrängt gewesenen Triebregungen zu verarbeiten. Dazu ist es notwendig, daß das Ich stark genug sei, die Bewußtheit sonst verdrängten Materials zu ertragen. In milden Fällen haben wir es von vornherein mit einem starken Ich zu tun und brauchen den Durchbruch des Unbewußten nicht zu fürchten. Es gibt aber auch Fälle (dazu gehört der unsrige), deren Ich nicht von vornherein jene feste Fügung aufweist, die zum günstigen Ausgang der Analyse unerläßlich ist. Deren Ich muß durch „Ichanalyse" erst gestärkt werden, wie immer diese Ichanalyse auch aussehen mag. Es ist ja bekannt, daß „latente" Schizophrenien durch die Analyse zu manifesten werden können, was nur auf die vorhandenen Defekte im Ich, beziehungsweise im Ichideal zurückzuführen ist. In solchen Fällen ist es nun notwendig zu bremsen, wenn die Assoziationen, die Erinnerungen, insbesondere die inzestuösen Konflikte allzu rasch bewußt werden, wie in unserem Falle. Es wird aufgefallen sein, wie viel und wie verpöntes Material in der kurzen Zeit von dreieinhalb Monaten zum Durchbruch kam. Das Überfluten des Bewußtseins mit verdrängtem

---

1) „Entwicklungsziele der Psychoanalyse". Neue Arbeiten z. ärztl. Psychoanalyse Nr. I. Int. PsA. Verlag. 1924.

2) Freud: Weitere Ratschläge zur Technik. (Ges. Schriften, Bd. VI.)

3) „Das Trauma der Geburt." Internat. PsA. Bibliothek, Bd. XIV, 1924.

Material muß ungünstig wirken, weil es nicht genügend verarbeitet werden kann, weil das Ich nicht genug Zeit hat, sich mit ihm stückweise abzufinden. Bei Neurosen ohne Ichdefekte kommt es niemals zu derartig gehäuften Durchbrüchen, es ist hier im Gegenteile die große Langsamkeit der Bewußtwerdung charakteristisch. Unser Fall hat aber solche Defekte im Ich gezeigt, die in der Spaltung des Ich klar zum Ausdruck kamen und seinerzeit nicht genügend gewürdigt waren.

Eingegangen am 1. Dezember 1924.

Koinzidierende Phantasien bei Mutter und Sohn

Von Dr. Karl Abraham (Berlin)

Ein junger Mann, der sich in meiner psychoanalytischen Behandlung befand, hatte seit früher Jugend beobachtet, daß seine Mutter neben ihrer Ehe intime Beziehungen zu einem Freunde unterhielt. An diese Tatsache knüpften sich bei ihm typische Phantasien im Sinne der Hamlet-Geschichte: die Mutter werde gemeinsam mit ihrem Freunde den Vater umbringen. Diese seit Jahren wiederkehrenden Tagträumereien wurden der Analyse unterworfen und traten zurück, als dem Patienten bewußt geworden war, daß sein eigener verdrängter Wunsch dahin ging, mit Hilfe der Mutter den Vater zu beseitigen. Nachdem die dem Vater feindlichen Phantasien des Patienten weitgehend analysiert waren, berichtete er mir eines Tages ein sonderbares Vorkommnis. Während die ganze Familie am Mittagstisch saß, hatte die Mutter erzählt, sie habe in der Nacht etwas Eigentümliches geträumt. Ein fremder Mann habe sie verhöhnt und sich geringschätzig über ihre Fähigkeiten und Eigenschaften geäußert. Sie habe ihn dann mit Hilfe des Herrn X. (ihres Freundes) hinausgeworfen.

Mein Patient hatte bei der Erzählung seiner Mutter aufgehorcht und augenblicklich verstanden, daß der Fremde niemand anderer sein konnte, als sein Vater, den die Mutter gemeinsam mit ihrem Freunde „hinauswarf", d. h. beseitigte. Er schloß mit Recht daraus, daß die Phantasie seiner Mutter sich mit der gleichen Untat befasse, wie zuvor seine eigene. Die Übereinstimmung ging sogar noch mehr ins Einzelne. Auch er selbst hatte gegen den Vater oftmals in der Phantasie den Vorwurf erhoben, er wisse die wertvollen Eigenschaften seiner Frau nicht zu schätzen. Mit dem nämlichen Vorwand begründet diese selbst die Beseitigung des Ehemannes.

Das Beispiel zeigt, in welchem Maße Tagträume einer Person mit Phantasiegebilden einer anderen zusammenfallen können.

Beitrag zur Psychologie des Sportes

Von Dr. Helene Deutsch (Wien)

Das vorliegende Erfahrungsmaterial ergab sich aus der Psychoanalyse eines Patienten, der an Impotenz mit Angstzuständen und Depressionen leidet. Der Patient, dem es infolge seiner Minderwertigkeitsgefühle fast unmöglich ist, in

seinem Beruf etwas zu erreichen, oder in gesellschaftliche Beziehungen zu treten, hat nur eine Möglichkeit, sich zeitweise „vollwertig" zu fühlen und seiner Komplexeinstellungen restlos Herr zu werden. Er bringt es nämlich zustande, sich eifrig in allen möglichen Formen des Sports zu betätigen. Im Laufe der Analyse hatten wir oft Gelegenheit, die Beziehungen zwischen seinen sportlichen Interessen und seinen Symptomen aufzudecken und festzustellen, welche Triebregungen dabei desexualisiert, bzw. sublimiert wurden und in welcher Weise es dem Patienten gelungen ist, seinen Kastrationskomplex zu überwinden, d. h. dessen Ausdruck in Minderwertigkeitsgefühlen in der sportlichen Betätigung zu kompensieren. Obwohl diese Ermittlungen dem Analytiker nichts Neues bieten, erscheint mir doch das gewonnene Material eines Berichtes wert, weil die frühinfantilen Erlebnisse des Patienten einen Einblick gewähren in den Mechanismus, dessen sich die Komplexe bedienten, um den psychischen Apparat durch eben diese Abfuhrform zu entlasten. Dieser Mechanismus, der an und für sich auch nichts Neues für uns bietet, scheint mir aber in diesem Zusammenhang der Aufmerksamkeit würdig zu sein und etwas für die Psychologie des Sportes prinzipiell Wichtiges darzustellen.[1]

Während der Analyse hatten wir mehrmals Gelegenheit uns mit einem Traum zu beschäftigen, der, in verschiedenen Variationen auftretend, sich seit der ersten Kindheit immer mit demselben Inhalt wiederholte und mit intensivstem Angstaffekt verbunden war. Ein kugeliges Gebilde, ein Ball, ein Luftballon, ein rundes Gebäude, eine romanische Säule, eine Wolke von kugeliger Form, ein exotischer Vogel usw. schwebt in diesem Traume über seinem Kopfe und droht ihn beim Herunterfallen zu vernichten. Der Patient sucht vergebens nach Hilfe und erwacht mit Angstsensationen.

Die Analyse dieses Traumes erleichterte uns den Weg bei der Verfolgung der Symptome zu ihren Ursprungstellen. Im vierten Lebensjahr des Patienten entdeckten wir seine infantile Neurose, die sich zuerst in der typischen kindlichen Dunkelheits- und Einsamkeitsangst dokumentierte. In seiner damaligen Angstphantasie streckte sich ihm eine Hand drohend entgegen. Die Angst vor dieser Hand war der Inhalt seiner Befürchtungen. Zu dieser Zeit stand Patient unter dem Zeichen schwerer Kämpfe gegen die Masturbation mit masochistisch-sadistischen Phantasien. Die Hand, die sich ihm in der Dunkelheit entgegenstreckte, war die strafend-kastrierende Hand des Vaters, seine Angst also Kastrationsangst.

Diese ersten Angstzustände wurden im achten Lebensjahr durch eine ausgesprochene Phobie abgelöst. Diese Phobie hatte denselben Inhalt wie seine Angstträume; die Erinnerung an dieselbe gehörte zu einem ganz verschütteten Material und kam erst im späten Stadium der Analyse zur Sprache. Sein damaliger Zustand stellte eine Art Platzangst mit scharf umschriebenem Inhalt dar. Er befürchtete nämlich, daß ein Ball, mit dem er selbst spiele, oder ein von jemand anderem geworfener Ball könnte ihm auf den Kopf fallen und ihn tödlich verletzen oder ihn durch Schwächung des Kopfes zum Idioten machen. Diese Angst schränkte seine Bewegungsfreiheit ein, denn überall befürchtete er das unheimliche Ereignis. Auch diese Phobie erwies sich, wie

1) Melanie Klein versuchte in ihrer Arbeit „Zur Frühanalyse" (Imago, Bd. IX, 1923) dieser Frage näherzutreten.

Genitale und orale Libido haben sich zu gemeinsamer Symptombildung vereint, bei der Melancholie überwiegt diese, bei der oralen Hysterie jene. Die von Reich zur Beantwortung einer Frage von Federn geäußerte Vermutung, daß solche oralen Hysterien sich im Klimakterium bei organischer Schwächung der genitalen Libido in postklimakterielle Melancholien wandeln können, erscheint uns durchaus plausibel.

Schließlich wollen wir noch auf ein drittes Moment hinweisen: Wir kennen sowohl den Zerfall der einheitlichen Liebesstrebungen in zwei Typen, den sinnlichen und den zärtlichen. Wir kennen auch eine Zweiheit von Objektbeziehungen. Das eine Objekt will geliebt, das andere aber nur Vorbild, Ideal sein. In unserem Fall fanden wir eine Verlötung dieser beiden Spaltungen. Das Objekt der sinnlichen Strebungen mußte stets durch Introjektion zum Ichideal werden. Von zwei Reihen der Liebesobjekte, von denen kein einziges von der Patientin voll geliebt werden konnte, war die eine gezwungen, unkörperlich zu bleiben und nach kurzem Verlauf mit Enttäuschung zu enden, die zweite von der Objektliebe zur Identifizierung zu regredieren; dabei entsprach die erste der isolierten Zärtlichkeit, die zweite der isolierten Sinnlichkeit. Ihre Spaltung aber war wie immer das Werk des Ödipuskomplexes.

Eingegangen im November 1924.

Weitere Bemerkungen über die therapeutische Bedeutung der Genitallibido

Nach einem Vortrage am VIII. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß, Salzburg, April 1924

Von Dr. Wilhelm Reich (Wien)

In einer kleinen Arbeit „Über Genitalität" (Int. Ztschr. f. PsA. 1924) bin ich auf Grund einer vergleichenden Untersuchung über die infantile Genitalorganisation an Hand klinischen Materials zum Ergebnis gekommen, daß — *ceteris paribus* — die Prognose einer Übertragungsneurose um so günstiger ist, je vollkommener das infantile genitale Primat erreicht wurde und je reiner von prägenitalen Zuschüssen die genitale Objektliebe zur Ausbildung gelangen konnte. Obwohl sich mir schon damals eine Reihe von Einwänden aufdrängte, mußte am Prinzipiellen festgehalten und die detaillierte Ausarbeitung des Problemkreises verschoben werden, bis sich Gelegenheit bot, an neuem Material den einen oder anderen fraglichen Punkt aufzuklären.

Der obige Satz gründete sich zunächst auf Beobachtung empirischer Tatsachen, deren theoretische Begründung nur zum kleinsten Teile schon dort versucht wurde. Es hieß ferner nicht nur, sich über den Begriff der normalen psychogenitalen Funktion klar zu werden, sondern, was weit schwerer war, Kriterien für die Funktionsstärke des infantilen genitalen Primats zu gewinnen und es von den übrigen libidinösen Organisationen scheiden zu lernen. Dabei stützte ich mich auf die bisherigen analytischen Anschauungen über die Entwicklungsstufen der Libido, insbesondere Freuds und Abrahams; es zeigte sich aber, daß ohne die Annahme sehr komplizierter Mischbildungen verschiedener libidinöser Organisationen nicht auszukommen war, denn der Begriff eines „reinen" genitalen Primats ist ein relativer und es widerspricht der analytischen Erfahrung, anzunehmen, daß eine verlassene libidinöse Position ohne Einfluß auf die Etablierung einer späteren bleibt. Die Annahme von Mischungen oder „Legierungen" libidinöser Strukturen konnte sich überdies auf den Versuch Ferenczis, eine „Amphimixis" von Trieben vorauszusetzen, und auf die

Annahme Freuds stützen, daß es eine „Mischung" und „Entmischung" libidinöser und destruktiver Triebkräfte gäbe. Je weiter man aber in den Problemkreis: „Mischformen prägenitaler und genitaler Organisationen" einzudringen versucht, desto komplizierter werden die Tatbestände, so daß es sich als vorteilhaft erweist, ihre Erörterung für einen späteren Zeitpunkt aufzuschieben und sich zunächst zu begnügen, eine prognostische Fragestellung zu formulieren, welche für jede begonnene Analyse gilt: 1) Ist die genitale Libido verdrängt oder unverdrängt, beziehungsweise in welchem Außmaße durch Schuldgefühl an freier Manifestation gehindert? 2) Ist sie durch prägenitale Libido ersetzt, in welchem Ausmaße und durch welche prägenitalen Tendenzen? 3) Wenn die rezente Libidostruktur eine vorwiegend prägenitale ist: wurde seinerzeit die infantile Genitalorganisation erreicht und dann durch Regression aufgegeben oder handelt es sich um eine durch Entwicklungshemmung bedingte Fixierung im Prägenitalen?

Indem wir so einen größeren Problemkreis abgegrenzt haben, in dessen Rahmen sich eine spätere eingehendere Untersuchung bewegen soll, kommen wir zum eigentlichen Thema dieser Arbeit. Es handelt sich um die „orgastische Potenz" und um weitere Ausführungen über die Heilfunktion der Genitallibido.

I. Die orgastische Potenz

Gleich eingangs begegnen wir einem ernsten Einwande: gibt es denn nicht Neurosen mit funktionstüchtiger Genitallibido?

Wir beginnen die Diskussion mit dem Hinweis, daß alle Formen der Impotenz (ejaculatio praecox, ejaculatio retardata, vollkommene oder partielle Erektionsunfähigkeit usw.), Frigidität, totale oder partielle vaginale Anästhesie sowie neurotische Abstinenz Symptome gestörter Psychogenitalität sind. Wieweit sind diese Symptome bei den Neurosen vertreten? Eine statistische Untersuchung über diese Frage im Behandlungsjahre 1923/24 gibt recht eindeutige Auskunft. Das statistische Material rekrutiert sich aus allen Fällen, die das „Wiener Psychoanalytische Ambulatorium" im genannten Jahre aufsuchten, und aus allen eigenen bisher analytisch behandelten Privatfällen. Die ursprüngliche Absicht, eine genaue statistische Untersuchung nach Alter, Neurose und Form der genitalen Funktionsstörung zu geben, mußte aufgegeben werden; sie hätte auch kaum den Anforderungen einer psychoanalytischen Statistik entsprochen. Es wurde nämlich die Erfahrung gemacht, daß die Aussagen der nicht analytisch behandelten Patienten über ihre Psychogenitalität, wie man eigentlich hätte erwarten müssen, völlig unzuverlässig und für statistische Verwertung meistens unbrauchbar waren. Charakteristischerweise versteht die Mehrzahl der

befragten weiblichen Patienten, wenn sie die Antwort nicht überhaupt verweigern, die Frage nicht, ob sie beim Geschlechtsverkehr empfinden. So hatte ich eine Patientin zur Behandlung übernommen, die bei der Aufnahme angegeben hatte, nicht frigid zu sein, und, wie sich später herausstellte, nicht nur total anästhetisch war, sondern auch an Vaginismus litt. Eine andere Patientin gab an, zu „empfinden", und meinte damit das Gefühl, das sie beim Eindringen des Membrum hatte. Im übrigen war sie vaginal anästhetisch. Ein männlicher Patient, der den Analytiker wegen Angstzuständen aufsuchte, gab an, voll potent zu sein. In der Behandlung erfuhr ich, daß er in schweren aktuellen Konflikten mit seiner Gattin lebte, den Verkehr durchschnittlich einmal in sechs Wochen „aus Pflicht" ausübte und dabei „keine Freude" hatte. Als in der Analyse tiefere Schichten aufgedeckt wurden, stellte sich prompt Impotenz ein. Von solchen Spezialfällen wird noch später die Rede sein. Ein anderer Patient gab an, regelmäßig zu verkehren und, wie ich später während der Analyse erfuhr, bestand der Verkehr in Friktionen an der Vulva mit ejaculatio praecox. Diese Beispiele mögen genügen, die Unterlassung einer genauen statistischen Publikation verständlich zu machen. Trotzdem beleuchten folgende Zahlen im Groben die entsprechenden Verhältnisse zur Genüge:

Privatfälle: Unter sechsundzwanzig Frauen und Mädchen findet sich keine, die zur Zeit oder vorher zu vaginalem Orgasmus fähig gewesen wäre. Sechzehn sind derzeit neurotisch abstinent, einige haben in der Nachpubertät kürzere oder längere Zeit hindurch an der Klitoris masturbiert. Von den übrigen — es handelt sich meist um verheiratete Frauen — sind alle partiell oder total vaginal-anästhetisch, drei an der Klitoris bis zu einer orgastischen Sensation erregbar. Unter dreißig Männern weisen achtundzwanzig alle bekannten Formen der Impotenz auf. Einer war heterosexuell voll potent, hatte aber die Analyse nur des Interesses halber aufgesucht und war bald ausgeblieben, beim zweiten (es ist der früher erwähnte Fall) brach die Impotenz während der Analyse voll durch. Die genannten Fälle wiesen überdies fast alle Formen neurotischer Störung auf. Ganz allgemein steht die Schwere der neurotischen Erkrankung in geradem Verhältnis zur Störung der Psychogenitalität.

Ambulanzfälle: Von zweihundertvier Männern und hundertfünfzig Frauen weisen vierundsechzig Fälle keinen Vermerk über die Sexualfunktion auf. Von den übrigen hundertfünfzehn Frauen weiß keine über orgastische Sensationen zu berichten. Von hundertfünfundsiebzig Männern geben elf an, potent zu sein. Diese Zahlen sprechen für sich. Es ist bemerkenswert, daß unter jugendlichen weiblichen Hysterien die neurotische Abstinenz überwiegt. Überraschend häufig ist bei klimakterischen Neurosen

der Bericht über unglückliche Ehe. In der Anamnese männlicher Patienten ist die spontane Angabe von Impotenz weit häufiger als bei den Frauen. Es ist auch männliche neurotische Abstinenz im allgemeinen seltener als weibliche.

Erscheint uns die genitale Dysfunktion bei umfassenderen neurotischen Störungen schon aus libidotheoretischen Gründen selbstverständlich, so ist es immerhin wichtig und interessant, daß die klinisch sogenannten monosymptomatischen Neurosen, die ich speziell daraufhin beachtete, ebenfalls oft recht weitgehende Störungen der Genitallibido aufweisen. Nur einige Beispiele: Ein 28jähriger Kleptomane, sonst vollkommen gesund und arbeitsfähig, leidet auch an Erektionsunfähigkeit; der Beginn der Impotenz fiel zeitlich mit dem ersten Diebstahl zusammen. Ein 36jähriges Mädchen mit Asthma bronchiale ist vaginal vollkommen anästhetisch und nur durch Cunnilingus an der Klitoris zu befriedigen. Die Analyse erweist den innigen Zusammenhang dieser spezifischen Befriedigungsart mit dem Symptom auf oralem Boden. Ein 38jähriger Mann leidet seit dem 7. Lebensjahr an einem schweren psychogenen Kieferkrampf und ist, bis auf einen gelungenen Koitus, seit jeher vollkommen impotent. Viele Frauen, die das Ambulatorium wegen Migräne oder Schlaflosigkeit aufsuchten, wiesen ebenfalls Frigidität auf, viele gaben Unbefriedigtsein direkt zu.

Ähnliche Verhältnisse fand ich, soweit mir das Material zugänglich war, auch bei Psychosen und bei Epileptikern. Bei weiblichen jugendlichen Schizophrenien ist neurotische Abstinenz fast die Regel. Es wäre aber zu gewagt, schon jetzt auf dem Gebiete der Psychosen weitgehendere Schlüsse zu ziehen. Bei männlichen Schizophrenen besteht sehr häufig volle Potenz, ja Hyperpotenz, was ein Problem für sich ist.

Wie überraschend dieses Ergebnis auch auf den ersten Blick sein mag, es leuchtet uns voll ein, wenn wir an die erste, bisher unumstoßene Formulierung Freuds über die Ätiologie der Neurosen denken: Keine Neurose ohne den Sexualkonflikt, wobei Freud „sexual" als den weiteren, „genital" als den engeren Begriff faßte. Auf Grund dieser Untersuchung, aber auch der psychoanalytischen Theorie der Neurosen überhaupt fassen wir den Satz noch enger: So gut wie keine Neurose ohne Störungen der Genitalfunktion. Ganz grob zusammengefaßt besagt die psychoanalytische Theorie, daß die Hysterie regelmäßig eine Erkrankung der genitalen Libidostufe ist, die Zwangsneurose sich durch die Regression von der genitalen auf die sadistisch-anale Stufe auszeichnet, d. h. Sadismus (bzw. Masochismus) und Analität die führenden Libidotendenzen dieser Erkrankung sind. Zyklothymien, chronische Depressionszustände, die meist verkappte Zwangsneurosen darstellen, das bisher so wenig studierte Krankheitsbild der Neurasthenie und Hypochondrie weisen regelmäßig starke Regressionen vom Genitalen weg auf. Auch die klinisch sogenannten Psychopathien (wir würden sie Charakterneurosen nennen) zeigen im Großen, nach den von mir durchgeführten Analysen und den Beobachtungen am Ambulatorium, fast immer das Bild eines vollkommen zerrütteten Libidohaushaltes, in den seltensten Fällen ein genitales Primat.

Trotz aller dieser Feststellungen und weil mir von mancher maßgebenden Seite eingewendet wurde, es gäbe doch Neurosen mit ungestörter Genitalfunktion, zumindest bei Männern, wollen wir uns bei der Frage aufhalten, wie eine nennenswerte neurotische Erkrankung bei intakter Genitalfunktion theoretisch denkbar sei. Man könnte ja die Frage kurz mit dem Hinweis erledigen, solche Fälle seien eingestandenermaßen derart in der Minderzahl, daß sie nur als Ausnahmen aufgefaßt werden können, die die Regel bestätigen und einer besonderen Untersuchung bedürfen. Wir weisen aber diese Auskunft sofort als unbefriedigend zurück. Eher könnte man daran denken, daß sich der libidinöse Konflikt, welcher Natur immer er auch sein mag, wie abgekapselt in einem Teile des Unbewußten abspielt, von hier aus ein Symptom schafft, während ein genügend starker Teil libidinöser Kräfte, am Genitale zentriert, seiner normalen Funktion obliegt. In der Tat zeigt die analytische Erfahrung diese Möglichkeit charakteristischerweise bei männlichen Zwangsneurosen (weibliche Zwangsneurosen sind wegen der überragenden Männlichkeitstendenz meist total sexualablehnend, immer aber frigid, wenn es zum Verkehr kommt). Männliche Hysteriker sind immer impotent. Zum Verständnis dieses Tatbestandes müssen wir etwas weiter ausholen.

Zunächst müssen wir das Vorurteil beiseite schaffen, unter Impotenz nur die größere oder geringere Unfähigkeit zur Erektion (impotentia errigendi) und die verfrühte oder gar nicht erfolgende Ejaculation (ejaculatio praecox, imp. ejaculandi) zu verstehen. Die Funktionen der Erektion und Ejakulation sind somatischer Natur; sie sind, sehen wir von groben Reizen ab (wie die Erektion bei Erhängen, Harnsteife), nur auf psychische Reize ansprechbar. Es handelt sich um komplizierte Reizabläufe peripherer (taktiler) und zentraler Natur, die einheitlich gerichtet sein müssen. Die ganze Persönlichkeit muß ungeteilt daran beteiligt sein. Bei jeder Impotenzform ist nun der Reizablauf gestört, beziehungsweise durch verdrängte Vorstellungen gehemmt (Kastrationsangst, anale Vorstellung von der Vagina, daher Ekel, Homosexualität usw.). Es ist für die Form der Impotenz wesentlich, wann die Hemmung einsetzt. Bei neurotisch Abstinenten, die immer impotent werden, wenn sie zum Akt schreiten,

ist die Hemmung eine dauernde, teils bewußt (Impotenzangst), teils unbewußt; speziell bei zwangsneurotisch Abstinenten wird dann die unbewußte psychische Hemmung durch die verschiedensten Ideologien verdeckt (Ästhetentum, religiös motivierte Enthaltsamkeit u. a. m.). Bei anderen tritt die Hemmung knapp vor der Immissio oder gelegentlich erst während des Aktes ein. Die Erektion schwindet oder es erfolgt verfrühte Ejakulation.

Die hemmenden unbewußten und bewußten Vorstellungen sind entweder Gegenvorstellungen genitaler Natur, z. B. genitale Kastrationsangst vor dem Vater oder vor der Mutter, oder die Hemmung resultiert aus der Konkurrenz mit anderen Strebungen, die gleichzeitig wirksam sind, z. B. Verharren bei den Vorlustakten, homosexuelle Phantasien usw. Im ersteren Falle ist die psychogenitale Tendenz zur genitalen Vereinigung mit dem Partner in voller Stärke vorhanden, doch wird sie durch die Kastrationsangst gebremst; im letzteren Falle ist die Psychogenitalität von vornherein schwach, bzw. in Konkurrenz mit anderen Tendenzen (z. B. homosexuellen). Dort kann volle Einheitlichkeit der libidinösen Strebungen vorhanden sein, hier ist die Libido zersplittert.

Wir haben nun einen ganz bestimmten Fall im Auge. Die konkurrierende nichtgenitale Phantasie verschmilzt mit einem Stück genitaler Libido, der Mann koitiert die Frau mit aktiv-homosexueller Phantasie, er ist voll potent, die ejakulative Funktion ist in Ordnung, aber der Orgasmus ist schwach, die Befriedigung bleibt aus. Ejakulation und Orgasmus sind nur lose mit einander verknüpft. Die normalerweise nach dem Orgasmus erfolgende Entspannung, die wir libidotheoretisch auf Erniedrigung des libidinösen Spannungsniveaus zurückführen, ist an den Orgasmus, nicht an die Ejakulation gebunden. Jener Patient, der potent war und an Angstzuständen litt, hatte während des „Pflichtaktes" mit seiner Frau mit homosexuellen Wünschen zu kämpfen, die den Orgasmus störten. Als in der Analyse die betreffenden Phantasien durchbrachen, stellte sich auch prompt volle Impotenz ein. Vorher hatte ihm der Akt „keine Freude gemacht", weil er nur Pflichtakt war, später hemmte die bewußt gewordene Homosexualität, ehe der Konflikt erledigt war, auch die Funktion der Erektion. Hiezu kam ferner, daß der Patient zu den Narzißten zählte, die sich ihre Impotenz nicht eingestehen wollen und eine derart starke Kompensation aufbringen, daß der Akt zwar erektiv und ejakulativ, aber nicht orgastisch gelingt. Dasselbe ist der Fall bei jenen manchmal vorkommenden Scheinheilungen Impotenter, die aus Übertragung den Akt bei „voller Potenz" zustande bringen, aber wegen noch immer zersplitterter Libido während des Koitus keine lösende orgastische Sensation erleben.

Mit Zerstörung dieses Übertragungserfolges stellt sich die Impotenz ja auch regelmäßig wieder ein. Der Patient ging nicht zum Weibe um der tiefen Vereinigung willen, nicht weil er das Weib begehrte, sondern weil er dem Arzt einen Gefallen erweisen, in tieferer Schichte die homosexuelle Übertragungsliebe am Weibe ausleben wollte. Bei der Heilung Impotenter macht man oft die Erfahrung, daß die „orgastische Potenz" noch lange auf sich warten läßt, trotzdem erektive und ejakulative Potenz hergestellt sind. Libidostauungen, die sich in aktualneurotischen Zuständen manifestieren, schwinden erst, wenn die orgastische Potenz hergestellt ist. Das besagt aber wieder, daß nur der Orgasmus, nicht die Samenejakulation libidolösend wirkt.

Um nun zur ersten Frage zurückzukehren: es ist richtig, daß, wenn auch vereinzelt, männliche Zwangsneurotiker erektive und ejakulative Potenz aufweisen. Wesentlich ist aber die orgastische Potenz, deren Fehlen in jedem Falle männlicher und weiblicher Neurose konstatierbar ist, und deren Mangel allein es mit sich bringt, daß wir in keinem Falle von nennenswerter neurotischer Erkrankung den aktual-neurotischen Faktor der Libidostauung vermissen. Bei weiblichen Patienten kommt nur die orgastische Potenz in Betracht. Wir wundern uns daher nicht, daß unter den früher erwähnten Fällen immerhin 11 Männer berichteten, „potent" zu sein, während uns von neurotischen Frauen selten, und dann in irreführender Weise, über orgastische Sensationen berichtet wird.

Der Analytiker muß daher auf Grund seiner Erfahrungen äußerst skeptisch gegen die Berichte nicht analytisch erfolgter Heilungen von Impotenz sein. Es ist zuzugeben, daß leichte, isolierte Störungen der Psychogenitalität durch diese oder jene Form der Zusprache auch dauernd beseitigt werden können. Die Herstellung eines psychogenitalen Primats, das eine unerläßliche Voraussetzung der orgastischen Potenz ist, erfordert immer analytische Regelung des Libidohaushaltes. Wir wissen, wie festgewurzelt libidinöse Störungen sind, und können es nicht als Heilung ansehen, wenn einem Impotenten z. B. geraten wird, vor dem Akt sein Glied an der Wurzel zu komprimieren und es in derart künstlich erigiertem Zustande einzuführen, „dann werde es schon gehen". Wenn auch Erektion und Ejakulation erfolgt: er ist nach wie vor unbefriedigt und behält seine Libidostauung.[1]

Die weibliche Potenz unterscheidet sich von der männlichen nebst anderem in einem wesentlichen Punkte: das Weib kann während des

1) Wir sehen hier von den Fällen ab, welche, durch einen mißglückten Koitusversuch beunruhigt, zum Arzt rennen und nach aufklärender Suggestion weiter keine Störungen zeigen.

Aktes genitale Lustsensationen haben, ohne zum Orgasmus zu gelangen; dieser Umstand erschwert es so sehr, die weibliche Genitalität in nichtanalytischer Exploration zu beurteilen. Aber auch der Analytiker wird an der Tatsache des fehlenden Orgasmus vorbeigehen, wenn er sich mit der Auskunft begnügt, daß „Lust empfunden" wird oder daß der Akt gerne ausgeführt wird. Schon zu einer Zeit, da ich diese Tatbestände in der Analyse sehr genau beachtete, hatte ich mich täuschen lassen. Es handelte sich um eine verheiratete Hysterika, die mit Rezidive nach einer Analyse bei einem anderen Herrn von mir in Behandlung genommen wurde. Laut Bericht des ersten Analytikers war die Patientin nicht frigid gewesen. Es widersprach meiner Voraussetzung, daß sie zwar zeitweise den Mann zurückweise, aber sonst „empfinde" und Freude am Akt habe. Nun interessierte mich der Fall vom Standpunkt der Frage aus, wie intakte Genitalfunktion mit neurotischer Libidostörung vereinbar sei, bis sie mir eines Tages berichtete, daß sie mit dem Mann nach dem Akt immer Streit habe. Er beklage sich darüber, nicht schlafen zu können, weil sie nach dem Akt noch stundenlang lese. Da wußte ich, daß sie unbefriedigt war, weil die bestbekannten Kriterien erfolgter Befriedigung große Müdigkeit und starker Schlafwunsch sind. Bei näherer Erkundigung erfuhr ich, daß die Patientin die Sensation des Orgasmus nie erfahren hatte, das Lustgefühl wurde durch Kontraktion der Dammuskulatur hervorgerufen, die sich als wesentliches vaginistisches Symptom entpuppte. Ihr zugrunde lag die Phantasie, das Glied des Mannes abzutrennen und es zu behalten. Orgastische Potenz der Frau bei aktiven Kastrationswünschen ist meiner analytischen Erfahrung nach vollkommen ausgeschlossen. Nachdem jetzt der Einbruch in die Männlichkeitsphantasien gelungen war, trat allmählich volle orgastische Potenz auf. Und daß die Patientin doch immer anästhetisch gewesen war, bewies ihre Mitteilung nach den ersten Akten mit vollem Orgasmus, daß sie dieses Gefühl nie gekannt hatte. Dieser Fall hat mich gelehrt, die Frage nach der Art und Weise der Genitalbetätigung noch schärfer und strenger zu beachten als bisher und lieber psychogenitale Dysfunktion vorauszusetzen — auch trotz gegenteiliger Behauptung des Patienten (selten!) — als psychogenitale Intaktheit. Ich pflege gewöhnlich mit dieser Voraussetzung recht zu behalten.

Die Berechtigung, den Begriff der Potenz durch den der orgastischen Potenz zu erweitern, um allen libidotheoretischen und den noch später näher zu erörternden praktischen Forderungen zu entsprechen, schöpfte ich auch noch aus einem Falle männlicher analer Zwangsgrübelei: ein 19jähriger Mann klagt über Gedankenflucht und Denkunfähigkeit. Die Potenz ist angeblich normal. Er verkehre sehr viel, wöchentlich drei- bis viermal, halte es aber nie bei einem Mädchen aus, er betrachte die „Mädeln" als Klosett, im Gegensatze zu seiner ideal geliebten Schwester. Er übe immer Coitus interruptus aus. „Spaß" mache ihm der Verkehr nie, er bilde immer nur den Abschluß des Schäkerns. Der Zweck des Beisammenseins mit den Mädchen sei der, alles von ihnen zu erfahren, was mit einer enormen Wißbegierde, infantil determiniert, zusammenhing. Außerdem wolle er recht viele Mädchen auf die Liste der „Gehabten" bringen. Er müsse zwar immer verkehren, aber der Verkehr sei ihm lästig. Auch dieser Fall weist erektive und ejakulative Potenz auf, aber es wäre oberflächlich, hier von normaler Psychogenitalität zu sprechen, wenn das Ziel seiner Wünsche zwangsneurotisch-sadistisch und narzißtisch unterbaut ist: das Mädchen ausforschen, es als Klosett benützen, dann „stehen lassen", was ihm besondere Genugtuung bereitet, und recht „viele Gehabte" haben. Von Müdigkeit, Erschöpfung oder Gefühl des Befriedigtseins nach dem Akt ist keine Spur. Es ist anzunehmen, daß alle jene Don-Juan-Typen, deren Stolz darin besteht, recht viele Frauen zu besitzen oder ihre Potenz dadurch zu erweisen, daß sie möglichst viele Akte („Nummern") in einer Nacht zustande bringen, nebst anderen Motiven (z. B. Suchen der Mutter, Rank) eine mächtige Impotenzangst kompensieren. Die orgastische Potenz solcher Männer ist sehr gering; ein solcher Patient berichtete mir sogar, daß er vor seiner Erkrankung schon beim zweiten Akt nicht nur keine orgastische Sensation, sondern vielmehr Schmerzen verspürt habe. Es war ein Stadium neurotischer Hyperpotenz, das seiner späteren Erkrankung an Impotenz vorausgegangen war.

Schon früh war es der Psychoanalyse bekannt (Freud: Drei Abhandlungen), daß Vor- und Endlust zwei Phasen eines Prozesses sind, der normalerweise mit letzterer als Hauptziel abschließt, während neurotische und perverse Kranke die Neigung zeigen, bei den Vorlustakten zu verharren und die Endlust möglichst hinauszuschieben oder ganz darauf zu verzichten. Unter den Vorlustmechanismen spielt das Erringen und Überwältigen des Partners eine Hauptrolle. Wird dieses Ziel isoliert zum einzigen erhoben, so können Don-Juan-Typen resultieren, als deren Hintergrund narzißtische und sadistische Neigungen längst bekannt sind. Bei der sogenannten Nymphomanie, weiblicher Männersucht, handelt es sich um ein ewiges ungehemmtes Suchen nach dem Vater und sich typisch wiederholender Enttäuschung nach dem Akt. Ich selbst verfüge über die Analyse zweier Nymphomanien: die eine war vaginal vollkommen anästhetisch und orgastisch nur bei Onanie mit einem Messer fähig, wobei Blutung aus der Scheide Bedingung des Orgasmus war. Es handelte sich um eine genitalmasochistische Selbstbestrafungsidee. Die andere Patientin, wie die

erste eine schwere Psychopathin mit Angst- und Zwangszuständen, war vaginal ebenfalls anästhetisch und orgastisch in geringem Ausmaße nur dann potent, wenn der Mann sie an der Klitoris mit dem Finger oder mit der Zunge erregte. Eine von Dr. B. an der Klinik beobachtete (nicht analysierte) Nymphomanie war ebenfalls vaginal anästhetisch. Diese Erfahrungen stimmen mit der analytischen Anschauung von der Libidodynamik auch vollkommen überein: nur der Unbefriedigte, d. h. orgastisch Impotente, kann nymphomane, bzw. satyriastische Züge zeigen. Ich selbst kenne weder aus eigener Praxis noch aus der Literatur einen Fall von Nymphomanie, bzw. Satyriasis, bei voller orgastischer Potenz. Hierzu ist nur zu bemerken, daß in der Literatur die Frage nach dem Orgasmus gewöhnlich unberücksichtigt bleibt.

Es hat sich als vorteilhaft erwiesen, folgende Punkte bei der Beurteilung der Genitalfunktion besonders zu beachten:

1) Die Vorlustakte dürfen nicht übermäßig verlängert werden; die Abfuhr der Libido in der protrahierten Vorlust schwächt den Orgasmus.

2) Wesentlich ist die Ermüdung, körperliche Schlaffheit nach erfolgtem Akt und starkes Schlafbedürfnis.

3) Bei Frauen mit voller orgastischer Potenz stellt sich während der Akme oft das Bedürfnis zu schreien ein.

4) Eine leichte Bewußtseinstrübung ist bei nicht allzuoft geübtem Geschlechtsverkehr und voller orgastischer Potenz die Regel.

5) Ekel, Abscheu oder Abnahme der zärtlichen Strebung zum Partner nach dem Akte spricht gegen die Intaktheit der orgastischen Potenz und dafür, daß wirksame Gegenstrebungen und Hemmungsvorstellungen schon während des Aktes bestanden. Der Satz: *omne animal post coitum triste* kann nur von einem orgastisch Impotenten geprägt worden sein.

6) Die Angst mancher Frauen während des Aktes, das Glied des Mannes könnte zu früh erschlaffen und sie könnten nicht „fertig werden", spricht ebenfalls gegen die volle Intaktheit der orgastischen Potenz, zumindest für ihre starke Labilität. Meist stecken aktive Kastrationswünsche dahinter, das Erschlaffen des Gliedes nach der Ejakulation wird als Kastration aufgefaßt oder es wirkt die Furcht, das als eigen phantasierte Glied zu verlieren.

7) Rücksichtslosigkeit des Mannes in Bezug auf die Befriedigung der Frau spricht für einen Mangel an zärtlicher Bindung.

8) Es ist ferner wichtig, die geübte Koitusstellung, insbesondere die der Frau zu erfahren. Unfähigkeit zur rhythmischen Gegenbewegung hemmt den Orgasmus, ebenso ist durch weites Spreizen der Beine maximal gespannter Beckenboden der Frau für intensive orgastische Sensation unerläßlich.

Bei Beachtung dieser Punkte kann dem behandelnden Arzt eine Störung

der orgastischen Potenz nicht entgehen. Man macht in der analytischen Praxis häufig die Erfahrung, daß unwissende Frauen nach Erledigung der eigentlichen analytischen Arbeit erst durch Belehrung über Haltung usw. die volle orgastische Fähigkeit gewinnen. Belehrung des in Bezug auf die Bedürfnisse der Frau meist unwissenden Gatten durch den Arzt ist von Vorteil.

*

Haben wir in der Funktion des Orgasmus an Hand klinischer Tatsachen den Schlüssel zur Frage der neurotischen Libidostörung erkannt, so müssen wir uns nunmehr fragen, was denn das Schicksal der Genitallibido jener Abstinenten sei, die anscheinend psychisch gesund sind. Das Maß der libidinösen Bereitschaft, die Rhythmik der Entladung libidinöser Stauungen ist sicher individuell verschieden. Aber daß libidinöse Spannungen immer vorhanden sind, läßt sich nicht leugnen und es ist nicht nur theoretisch wichtig zu erfahren, wie die organisch gespeiste Libido verwendet wird, wenn die Hauptstraße der orgastischen Entladung nicht beschritten wird. Darüber könnte man allerdings nur auf Grund von Analysen gesunder Abstinenter Bindendes aussagen. Da versagt aber unsere Erfahrung vollkommen, weil wir nicht in die Lage kommen, Gesunde, dazu solche, die abstinent leben, eingehender Analyse zu unterziehen. Wenn wir von psychischer Gesundheit sprechen, so meinen wir vorsichtshalber einen seelischen Zustand, der durch soziale Leistungs- und Einordnungsfähigkeit sowie durch vorwiegendes subjektives Wohlbefinden charakterisiert ist. Es wäre zwar nicht absolut falsch, zu behaupten, daß, wer d a u e r n d vollkommen abstinent lebt, es aus neurotischen Gründen tut, weil wir kaum annehmen können, daß eine biologische Funktion, wie die sexuelle, anders als durch Verdrängungen gehemmt werden kann. Es ist ebenso schwer vorstellbar, daß die Unterdrückung der zweifellos vorhandenen Libido zu keiner wirksamen Stauung führt. Wir können uns auch nicht auf eine Hypofunktion des somatischen Sexualapparates ausreden, denn, wie dunkel diese Frage derzeit auch ist, wir denken daran, daß nach der Pubertät Kastrierte ihre Libido zu behalten pflegen und ebenso noch lange nach dem Klimakterium die Libido persistieren kann. Wir wollen diese Frage lieber offen lassen und wenn wir auch an die Abfuhrmöglichkeit durch intensive Arbeit, durch alle wirkliche Sublimierung denken, so muß dennoch angenommen werden, daß es eine gewisse obere Grenze gibt, über die hinaus nicht die ganze Libido sublimiert werden kann. Darüber belehrt uns die analytische Erfahrung, daß wir die Sublimierungsfähigkeit unserer Patienten, die übrigens individuell sehr verschieden ist, nicht überschätzen dürfen.

II. Die Befriedigung der Genitallibido als Schutz vor Rezidive

Wenden wir uns nun der Frage zu, welche Rolle die Genitallibido bei der Lösung des Libidokonfliktes in der psychoanalytischen Kur spielt; wir werden dabei Gelegenheit finden, einige weitere Einwände zu diskutieren.

Die psychoanalytische Therapie unterscheidet sich von jeder anderen Therapie grundsätzlich dadurch, daß sie den Akzent auf die Beseitigung der neurotischen Reaktionsbasis verlegt. Sie ist insofern k a u s a l e Psychotherapie im engsten Sinne, mag der jeweilige tatsächliche Erfolg vom ideal gedachten auch noch so entfernt sein. Sie geht nicht aufs Symptom, sondern aufs Ganze, auf die Basis der gesamten neurotischen Persönlichkeit, der die Symptome wie einzelne Gipfel einem Bergmassiv aufsitzen. Sie hat es aus diesem Grunde unverhältnismäßig schwerer, als jede symptomatische Psychotherapie, darf aber behaupten, unter günstigen Bedingungen ganze Arbeit zu leisten. (Es ist selbstverständlich, daß der psychoanalytische Heilapparat weit häufiger und intensiver auf Hindernisse äußerer und innerer Natur stößt, als die symptomatische Therapie.) Sie geht dabei von der empirisch begründeten Voraussetzung aus, daß Neurosen — nur von diesen ist hier die Rede — Erscheinungsformen realitätswidriger Persönlichkeitsstrukturen sind, d. h. daß es sich immer um Konflikte zwischen triebhaften Tendenzen und versagenden äußeren oder inneren Instanzen handelt, die zu keinem Abschlusse gebracht werden können, weil ganze, wesentliche Stücke der Persönlichkeit der freien Entscheidung durch Verdrängung entzogen sind. Aus dem Bereiche des Verdrängten brechen die Symptome hervor, welche sowohl der verpönten als auch der verdrängenden Instanz Rechnung tragen. Es handelt sich fast immer um verdrängte libidinöse Tendenzen und die Symptome stellen Ersatzbefriedigungen dar.

In der Analyse handelt es sich nun um zweierlei: erstens muß der Patient den Sinn des Symptoms erfahren, zweitens muß der geheime Konflikt mit der dem Symptom zugrunde liegenden Triebregung offenkundig werden. Erst jetzt setzt der eigentliche Heilungsprozeß ein, dessen Ausgang von mannigfachen Momenten abhängt. Es kann bei nicht ganz geschickter Handhabung der Technik eine Neuverdrängung erfolgen, was um so sicherer der Fall sein wird, je weniger die mit der gesamten Persönlichkeit zusammenhängende Triebregung auch von anderen Stellen aus unterminiert ist, und wenn das verdrängende Ich nicht stark genug ist, um die Bewußtheit der Regung zu vertragen.[1] Ist sie aber diesem

1) S. meine Ausführungen über den „triebhaften Charakter" (Int. PsA. Verl. 1925) und „Eine hysterische Psychose in statu nascendi" (diese Ztschr., H. 2, 1925.)

Schicksal entgangen, so muß eine Entscheidung erfolgen: je nach der Natur der Triebregung, d. h. ob sie realitätsgerecht oder -widrig ist, muß Verurteilung oder Billigung durch das kritische Ich die Folge des Konfliktes sein. Nehmen wir den Spezialfall vor, daß die aufgedeckte Regung, die das schwere Symptom der kontinuierlichen Obstipation schuf, lautet: „Ich will von meiner Mutter Irrigationen empfangen wie seinerzeit als Kind." Es handelt sich um die anale Fixierung an die Mutter bei einem jungen Manne, der neben anderen Symptomen auch an ejaculatio praecox litt. Die Regung muß als realitätswidrig durch Verurteilung erledigt werden. Die Aufdeckung des Symptomhintergrundes e r m ö g l i c h t aber bloß die Verurteilung; diese selbst hängt von anderen Faktoren ab. Als dem betreffenden Patienten der genannte Wunsch mit aller Klarheit bewußt geworden war, schwand die Obstipation vorübergehend. An ihre Stelle trat aber ein abundantes Phantasieren, dessen Hauptinhalt sich um die Vorstellung gruppierte, daß die Mutter, bzw. eine Mutterimago ihn mit Wasser beschütte, binde, als Kind auf den Arm nehme usw. Obwohl diese Phantasien von Schuldgefühl begleitet waren, meinte der Patient, es sei doch bei solchen Wünschen nichts dabei. Die Verurteilung war also nicht erfolgt, die Libidostauung wuchs vielmehr durch den Reizzuwachs aus den jetzt bewußten Phantasiebildungen. Die analen (und anderen) Triebregungen waren bewußt, aber nicht erledigt. Nachdem das Ich soweit gestärkt war, daß es die Bewußtheit ertragen konnte, wollte es auf den Lustgewinn, der sich nun ergab, nicht verzichten. Es konnte sich in dieser Phase der Analyse um nichts anderes handeln, als abzuwarten, bis realitätsgerechte Libidostücke durchbrechen würden, die erfolgreich gegen die passiv-analen Wünsche ausgespielt werden könnten. Jene realitätsgerechte Libidotendenz konnte nur durch die aktiv-genitale Tendenz repräsentiert sein, die sich aber noch in voller Verdrängung befand. Ja, der Patient neigte dazu, den analen Lustgewinn zu übertreiben, wie um sich vor der genitalen Tendenz zu schützen, und das hatte seine guten Gründe. Als 4jähriger Knabe hatte er nämlich Eindrücke empfangen, die geeignet waren, ihn davon zu überzeugen, daß genitaler Lustgewinn mit großen Gefahren verbunden sei. Sein älterer Bruder hatte ihn einmal bei genitaler Onanie ertappt und eine Kastrationsdrohung ausgesprochen. Bei polymorph-perversen Spielen mit einer um fünf Jahre älteren Cousine wurde er von letzterer an den Hoden gezerrt, der charakteristische Schmerz persistierte als konversionshysterischer Schmerz, sozusagen als Mahnung, in der Hodengegend. (Eine stereotype Klage lautete, nicht der Penis, sondern der Hoden komme ihm so klein vor.) Beide Erlebnisse wurden erst in der Analyse erinnert. Aber auch mit ihrer Aufdeckung war wenig geleistet; die Genitallibido mußte

erst von der Kastrationsangst befreit werden, die jede ihrer Äußerungen hemmte. Unter anderem fürchtete er, die Frau, die er koitieren sollte, könnte sich den Spaß leisten, ihn am Genitale zu zwicken. Es ist nur begreiflich, daß er den ungefährlichen analen Lustgewinn dem mit so großen Gefahren verbundenen genitalen vorzog. Sollte er aber gesund werden, so mußte die genitale über die anale Libido siegen. Dies gelang in der Tat erst nach Aufdeckung der eigentlichen Angst vor dem Vater. An die Stelle der analen Fixierung an die Mutter trat allmählich die genitale, bis auch diese zur Auflösung kam. So hatte der Patient in der Analyse die Entwicklung von der prägenitalen-analen zur genitalen Stufe nachgeholt. In leichteren Fällen, wo es sich lediglich um inzestuöse Fixierungen auf der genitalen Stufe handelt, ist der Libidolösungsprozeß bedeutend einfacher.

Ferenczi hat mit Recht die Genitalität den „erotischen Wirklichkeitssinn" genannt. Wir glauben nun, daß es Ziel einer jeden Analyse sein muß, den Patienten zum erotischen Wirklichkeitssinn zu „erziehen". Die Prozesse werden je nach Krankheitsfall und Tiefe der Regression verschieden sein: das Ziel ist allgemeingültig, weil es sich um eine biologische Funktion handelt, von der es keine Ausnahmen gibt. Ja, wir wollen noch weiter gehen und meinen, daß keine Analyse als vollendet betrachtet werden darf, solange nicht die genitale orgastische Potenz gewährleistet ist. Wie weit wir auch in vielen Fällen therapeutisch von diesem Ziele weg uns mit Hebung des Allgemeinbefindens, mit Schwinden der quälendsten Symptome, Erlangung von Arbeitsfähigkeit usw. werden begnügen müssen: die Etablierung eines eindeutigen, vom Ich gebilligten genitalen Primats muß immer angestrebt werden. Dies gilt es nun näher zu begründen.

Wir wollen uns mit dem naheliegenden Einwand auseinandersetzen, daß die Psychoanalyse es sonst prinzipiell ablehne, den Patienten zu dem oder zu jenem „erziehen" zu wollen, sie habe lediglich die Aufgabe, dem Patienten sein Unbewußtes aufzudecken und es ihm zu überlassen, was er damit anfange. Wir möchten einen derart schroff gefaßten Standpunkt nur teilweise billigen. Als Freud diesen Standpunkt ausdrücklich vertrat, meinte er etwas ganz Bestimmtes, und es hieße dogmatisch erstarren und blind sein gegenüber seiner eigenen täglichen Arbeit, wollte man leugnen, daß man sich als Analytiker täglich und stündlich im Widerstreit der diversen Tendenzen auf die Seite der einen oder anderen schlägt und sie dem Patienten gegenüber mit der ärztlichen Autorität vertritt. Aber es geht noch um mehr. Starr auf dem genannten Standpunkt stehend, dürften wir keine Analyse durchführen, weil unsere Voraussetzung doch ist, den

Patienten vom Lustprinzip weg zum Realitätsprinzip zu „erziehen". Wir wissen, daß die Psychoanalyse diesen Prozeß oft, nur allzuoft gegen den Willen der Patienten einleitet, und stellen uns mit unserer ganzen Autorität, dem Lustprinzip entgegen, auf den Boden des Realitätsprinzips. Der erotische Wirklichkeitssinn ist aber nur ein Teilstück des Realitätsprinzips. Man könnte noch mit Recht einwenden, warum denn gerade die heterosexuelle Genitalposition dem Patienten „aufgedrängt" werden müsse und daß die von der Gesellschaft geächtete homosexuelle Befriedigung ebenfalls Daseinsberechtigung habe, wenn die Kriterien der psychischen Gesundheit — soziale Einordnungsfähigkeit und subjektives Wohlbefinden — erfüllt sind und wenn ein Patient in der Kur seine bisher verdrängt gewesene perverse oder inverse Triebhaftigkeit unter jenen beiden Kriterien bejaht. Dagegen ist sicher nichts einzuwenden. Aber nur dann, wenn die psychische Gesundheit gewährleistet ist. In der Praxis sieht es aber meist so aus, daß sich die Vertreter der Psychoanalyse zur Anschauung bekennen mußten, jede Perversion und die Homosexualität sei eine Neurose mit besonderen Mechanismen. Und subjektives Wohlbefinden bei Vorhandensein einer Perversion in sozial ächtender Umgebung gehört zu den größten Seltenheiten. Für das Gros der den Arzt aufsuchenden Neurotiker gilt die Forderung nach wirklichkeitsgerechter Erotik nicht als Übergriff in persönliche Selbstbestimmung, denn sie wünschen die Genitalbefriedigung selbst, bewußt oder unbewußt. Was Freud seinerzeit darunter verstand, waren die Momente des Seelsorger- oder Heiland-Spielens, dem Patienten eine bestimmte Religion oder Weltanschauung Aufdrängen-Wollens. Und überdies kommt es ja gar nicht auf das „Aufdrängen" der genitalen Tendenz an, sondern es handelt sich um derart tiefgehende Analyse, daß sich das genitale Primat gegen andere Triebforderungen von selbst durchsetze.

In all den Fällen, die den Arzt ausdrücklich wegen Impotenz oder Frigidität aufgesucht haben, erübrigt sich jede weitere Diskussion. Bei weiblichen und männlichen abstinenten Hysterikern liegt die genitale Tendenz derart oberflächlich, daß der Arzt gar nicht erst in die Lage kommt, den Standpunkt des erotischen Wirklichkeitssinnes zu vertreten. Ebenso in sehr vielen Fällen von Zwangsneurose mit der Einschränkung, daß hier die Genitalstrebung schwerster Verdrängung unterliegt. Nach einiger analytischer Bearbeitung steigen diese Fälle auf das Niveau der Hysterie und es ist sehr interessant zu sehen und kann als experimenteller Beweis betrachtet werden, daß sehr häufig an Stelle der Zwangssymptome hysterische treten, wenn die sadistisch-anale Position von der Verdrängung schon befreit, während die genitale noch verdrängt ist. Es bleiben also

nur mehr die schweren Zwangscharaktere mit sadistisch-masochistisch-anal-urethralem Primat und die Zyklothymien mit der sehr ausgeprägten oralen (sadistischen) Position, sowie die Perversionen, soweit es sich nicht um genitale handelt (genitaler Masochismus, Exhibitionismus). Und da spricht die praktische Erfahrung ganz eindeutig dafür, daß keine dieser Neurosen auch nur Besserungen aufweisen, solange nicht genitale Tendenzen aktiv in den Heilungsvorgang eingreifen. Und dies hat seine guten Gründe.

Sämtliche Triebansprüche prägenitaler Natur sind als solche, d. h. soweit sie Anspruch auf Ausschließlichkeit erheben, realitätswidrig und können bei entsprechender Ichstruktur teilweise auf dem Sublimierungswege erledigt werden. Die Sublimierungsfähigkeit spielt eine große Rolle, ist aber keineswegs zu überschätzen, sie kann vor allem niemals Libidostauungen in ausreichendem Maße beheben. Dies ist allein dem genitalen Orgasmus vorbehalten.

Allerdings ist auch die Befriedigung der prägenitalen Wünsche in den Vorlustakten für viele Menschen eine notwendige Voraussetzung der genitalen Befriedigung. Hier knüpft das Problem der Differenziertheit des gesunden Liebeslebens an, mit dessen Übergängen zum sexuellen Infantilismus mit Ausschluß der Genitalität oder deren Unterordnung unter einen anderen Partialtrieb. Es ist nicht nur psychologisch, sondern auch dynamisch ein wesentlicher Unterschied, ob der Sadismus zum Zwecke der Eroberung des Partners in den Dienst der Genitalität tritt oder umgekehrt der Phallus ein sadistisches Instrument wird (Lustmord). Der Satz Stekels, daß jeder Mensch seine besondere Sexualform habe, kann sich nur darauf beziehen, daß die Vorlustakte und der Modus der Kohabitation verschieden sind. Man begegnet gerade bei neurotischen Menschen, insbesondere bei Frauen, einer Scheu vor jeder von der Norm abweichenden Lage beim Koitus, die Scheu entspricht aber gerade einem spezifischen Wunsch. Keineswegs kann aber die Onanie als selbständige Sexualform gewertet werden. Wer bei der Onanie verharrt, hat Angst vor dem Koitus oder ist unbewußt homosexuell und erkrankt früher oder später an dem Überwuchern der onanistischen Phantasien. Von Schuldgefühl relativ freie Onanie wird nach gelungener Analyse nur dort als endgültige Befriedigungsart in Betracht kommen, wo vorgeschrittenes Alter oder körperliche Defekte die Erlangung eines Partners behindern.

Hier kann nur beiläufig darauf hingewiesen werden, daß die am Genitale lokalisierten Sensationen bei der urethralen ejaculatio praecox nichts von orgastischer Wertigkeit an sich tragen. Beim Weibe ist die Sachlage insofern komplizierter, als zwei Organe prädestiniert sind, genitalen

Orgasmus zu vermitteln: das Innere der Scheide und die Klitoris. Der Klitorisorgasmus scheint in manchen Fällen, die ich studieren konnte, den Scheidenorgasmus an Intensität sogar zu übertreffen, obgleich keine vaginale Anästhesie besteht. Aber der Orgasmus ist nur zum kleinsten Teile Angelegenheit des Organs. Dieses spielt den Vermittler. In der Hauptsache ist der Orgasmus Ausdruck ungehemmter, eindeutig gerichteter Hingabe an einen Partner, die Libido des ganzen Körpers strömt am Genitale ab. Der Orgasmus kann nicht als vollwertig betrachtet werden, wenn er nur am Genitale verspürt wird. Vibrationen der Gesamtmuskulatur und leichte Bewußtseinstrübung sind seine normalen Attribute und ein Beweis dafür, daß der gesamte Organismus an ihm Teil hat. Nun bestehen aber bei der Frau mit Klitorisorgasmus starke psychische Gegenstrebungen aus dem Männlichkeitskomplex, sich dem männlichen Partner zu geben, die, wenn sie stark genug sind, einen Teil libidinöser Wünsche von der Teilnahme an der orgastischen Entladung ausschließen und häufig zu Konflikten vor, während und nach dem Akte führen. Nehmen die Konflikte überhand, so resultiert Frigidität beim Akt und orgastische Fähigkeit bei Klitorismasturbation oder totale Frigidität, wenn die Onanie mit zu großem Schuldgefühl besetzt ist. Daher können wir als Kriterium der normalen Einstellung der Frau nur die orgastische Potenz der Scheide akzeptieren. Wir lassen dabei die Frage vorläufig offen, woher die Vagina ihre orgastische Potenz bezieht. Denn während die orgastische Potenz des Mannes sich von der Kindheit an eindeutig aus der Erogeneität der Phalluszone ableiten läßt, fehlt bei der Frau die Berechtigung zur Annahme, daß in der ersten weiblichen Genitalphase andere, als Klitorisqualitäten bestehen. Es spricht jedenfalls sehr vieles für die erste Annahme Freuds über diesen Gegenstand, die Klitoriserotik werde auf die Vagina verschoben.[1] Ich habe in vielen Fällen vaginaler Anästhesie mit bestehender Klitoriserotik den vaginalen Orgasmus dadurch in Funktion setzen können, daß ich riet, die Klitorismasturbation zu unterdrücken, die vaginale Onanie aber freiließ. Soviel über diesen Gegenstand, der an die weitere Frage anschließen läßt, welche Funktion die Genitallibido nach erfolgter Heilung im Libidohaushalt übernimmt.

Die durch Jahre fortgesetzte Katamnese analytisch behandelter Fälle besagt, wie ich zum Teil schon in meiner Arbeit „Über Genitalität" ausführte, daß jene dauerndere und bessere Remissionen aufweisen, die nach der Analyse früher oder später mit orgastischer Potenz zu geordnetem Sexualleben kamen. Andere Fälle, die durch die Analyse weitgehende Besserung erfahren haben, arbeitsfähig geworden sind und aus inneren

1) S. hiezu meine Ausführungen in „Der triebhafte Charakter", S. 59 ff.

oder äußeren Gründen abstinent blieben oder ohne volle orgastische Potenz Sexualverkehr pflogen, wiesen immer eine gewisse Labilität ihres Zustandes auf. Die meisten Rezidiven auch vollkommen Remittierter rekrutieren sich aus diesen Fällen. Die Tatsachen sprechen ganz eindeutig für die Funktion der genitalen Libido als libidinöser Haftpunkt in der Realität, als Schutz gegen die Rezidive.

Libidotheoretisch läßt sich diese Tatsache folgendermaßen erklären: der Patient kann durch die Analyse dazu gebracht werden, auf diese oder jene Lust, aber nicht auf Sexuallust überhaupt zu verzichten. Und wenn wir früher nicht auszuschließen wagten, daß es psychisch Gesunde bei voller Abstinenz gibt, so kann dies für geheilte Neurotiker ganz und gar nicht gelten. Denn gerade der Neurotiker zeichnet sich durch seine Libidostärke aus und ist seinerzeit daran erkrankt. Beachten wir aber einen weiteren Punkt des Heilungsvorganges: die Anteile der Libido und die Energien der Gegenbesetzung, welche seinerzeit in der Verdrängung miteinander rangen und nun auf dem Sublimierungswege erledigt wurden, haben Haftpunkte früherer individueller Entwicklungsstufen verlassen, sie haben das sexuelle Ziel aufgegeben und ein neues, asexuelles, kulturell oder sozial wichtiges Ziel erfaßt, dessen Bewältigung große Befriedigung schafft. Der neurotische Ingenieur, welcher früher mit Unlust Häuserprojekte entwarf und zwangsneurotisch aus der Korrektur der Entwürfe nicht herauskam, wurde frei und sicher und fand Freude am Erfinden und Schöpfen von Ideen. Der zwangsneurotische Maler, welcher immer wieder ein seinem Hauptkomplex entsprechendes Sujet abwandelte, ohne künstlerische Form und ohne Freude, hat Triebkräfte freibekommen, die er früher nicht ahnte. Dieser Heilungsvorgang im Ich schafft narzißtische, desexualisierte Befriedigung, welche erfahrungsgemäß nur dann anhält, wenn der Heilungsvorgang am Sexualanteile ebenso gelungen war. Beim ersten hat sich Libido aus der Verdrängung gelöst und in den Dienst kultureller Leistungen gestellt. Ebenso muß in der Sexualsphäre die Genitallibido das Mittel sein, mit dem die Persönlichkeit die erotische Welt erfaßt. Dieses Stück sexuell gebliebener Objektliebe ist für die Garantie der Heilungsdauer unerläßlich. Fehlt es oder ist es zu schwach, dann neigen auch die Ichstrebungen zur Loslösung. (Arbeitsstörungen u. ä.)

Hier wird man anscheinend mit Recht einwenden, wir übersähen die Fälle, welche nach einer Periode seelischer Gesundheit erkrankten, also sich doch in jenem Zustande befanden, den wir soeben beschrieben haben. Sie waren sozial leistungsfähig, genitallibidinös befriedigt und erkrankten doch; es könne also mit dem Schutz gegen Rezidive durch

genitallibidinöse Haftung an die Außenwelt nicht so weit her sein. Dazu ist folgendes zu sagen: wir wollen gewiß nicht behaupten, daß unsere ideal geheilten Patienten gegen alle Stöße der rauhen Außenwelt gefeit sind. Aber dem anderen Einwand möchten wir doch entschieden entgegentreten: wir behaupten, — wieder mit der bereits banalen Einschränkung, daß es keine Regel ohne Ausnahme gibt, — daß es eine schwere psychische Erkrankung bei weitgehender narzißtischer und objektlibidinöser Heftung an die Außenwelt theoretisch nicht geben kann, wenn nicht alles Fassade war, hinter der neurotische Regressionsbereitschaften steckten. Aber noch eindringlicher spricht gegen diesen Einwand unsere analytische Erfahrung: wir decken in jedem Falle, dessen Erkrankung nach einer Periode scheinbarer psychischer Gesundheit ausgebrochen war, regelmäßig schwere neurotische Zustände auf, die Vorboten des umfassenden Zusammenbruches waren und vom Patienten nicht als solche gewürdigt wurden. Er war krank, ohne es zu wissen. Was speziell die Genitalfunktion anbelangt, so kenne ich keine Patientin, die nach einer Phase orgastischer Potenz anästhetisch geworden wäre. Auch unter den männlichen Patienten überwiegen weitaus die, welche entweder immer impotent waren oder von jeher an äußerst labiler Potenz gelitten hatten.

Die Beachtung der genitallibidinösen Position liefert uns auch wertvolle Anhaltspunkte, wenn an uns nach länger dauernder Behandlung die Frage herantritt, ob der Patient entlassen werden kann oder nicht. Der Analytiker kann sich nicht an das Persistieren oder Schwinden der Symptome halten. Er muß oft Patienten noch lange in Behandlung halten, trotzdem die Symptome geschwunden sind, weil er mit Bestimmtheit annehmen kann, daß es sich um einen Übertragungserfolg handelt, oder daß die Symptome bloß deshalb geschwunden sind, weil deren Sinn aufgedeckt wurde. In diesem Falle handelt es sich um einen partiellen analytischen Erfolg, aber er muß die Gewähr haben, daß die Basis für die Bildung derselben oder anderer Symptome beseitigt ist. Das Schwinden der Symptome spricht nicht für erfolgte Heilung. Man hat wieder an anderen Fällen erfahren, daß Patienten, die bis zum letzten Tage der Behandlung, ja noch lange darüber hinaus ihre Symptome trotz aller Aufdeckung und Durcharbeitung ihrer Hintergründe behielten, später vollkommen gesundeten. Das Persistieren der Symptome spricht nicht gegen erfolgte Heilung. Nur aus der Betrachtung der Gesamthaltung des Patienten kann man Schlüsse auf die erfolgte Heilung oder auf den Mißerfolg ziehen. Dabei spielt die Änderung der Libidostruktur die Hauptrolle. Die Haltung des passiv-femininen männlichen Neurotikers ist straffer geworden, seine passive Hingabe an den Arzt

ist schrofferen Widerständen gegen dieselbe, einer Identifizierung mit dem Arzt (Vater) gewichen. Die Tendenzen prägenitaler Natur, die früher Traum- und Phantasieleben beherrschten, sind eindeutigen Wünschen nach genitaler Vereinigung mit dem Weibe gewichen. In Konflikten mit dem lebenden Vater ist er nachgiebiger geworden, die Scheu vor Frauen ist geschwunden. Das Ich ist stark genug geworden, die sexuellen Ansprüche teils zu akzeptieren, teils als realitätswidrig zu verurteilen. Die männlich-aggressive Patientin mit totaler Sexualablehnung hat in der Übertragung weichere, feminine Züge bekommen, der Wunsch nach genitaler Hingabe an den Arzt oder andere Vaterimagines ist erst leise in Andeutungen, später offenkundig und mit Vehemenz durchgebrochen. Wünsche nach einem Kinde, die früher nur unbewußt bestanden hatten, wurden laut. Sehr häufig ändert sich Gang, Haltung, ja sogar die Physiognomie vom Männlich-Harten, Herben zum Weiblich-Weichen. An Stelle des väterlichen Ideals ist das mütterliche getreten. Bei verheirateten Frauen hat sich das Verhältnis zum Gatten gebessert und wenn die Frigidität nicht schon während der Analyse geschwunden ist, so spricht alles dafür, daß sie einige Zeit später weichen wird. Sehr oft geht der Heilungsvorgang über die Onanie.

Ich habe mich oft überzeugen können, daß die Terminsetzung nur dann wirksam ist, wenn die Umstellung der Gesamtpersönlichkeit auf das genitale Primat, entsprechend der „nach-ambivalenten genitalen Phase" Abrahams, bereits vollzogen wurde. Die Anhaltspunkte für die Terminsetzung gewinnt man, sofern die genannte Umstellung nicht durch reale Handlungen (Orgasmus beim Koitus, von Schuldgefühl freie Onanie) bewiesen ist, aus den Träumen und Phantasien sowie aus der Art der Übertragung.

Nun begegnet man aber bei der Heilung frigider verheirateter Frauen gerade in dieser Hinsicht oft unüberwindbaren äußeren Schwierigkeiten. Hat die Frau infolge starker Männlichkeitstendenzen einen femininen Mann zum Gatten gewählt, den sie beherrschen und quälen konnte, und hat dann die Analyse Erfolg gehabt, indem sie die Umstellung von der Männlichkeit zur Weiblichkeit bewirkte und die vaginale Bereitschaft die Klitoriserotik ablöste, so findet sich die Geheilte mit dem jetzt inadäquaten Gatten nicht zurecht; sie begehrt ihrer neuen Einstellung entsprechend einen starken, führenden, über ihr stehenden Mann. Oder die Bereitschaft zum vaginalen Orgasmus ist analytisch freigelegt worden und harrt der Aktivierung durch den Gatten, der sich aber mit einer ejaculatio praecox leichteren Grades oder mit der Unfähigkeit zu einem zweiten Akt behaftet erweist. Es bleiben dann nur die Auswege der Resignation mit der großen Gefahr der Rezidive, der Ehetrennung, der onanistischen

Befriedigung oder die eheliche Untreue. Hier hört der Einfluß der Analyse auf, die Entscheidung hat das Ichideal des Patienten zu fällen, das durch die Analyse ja auch triebbejahende Elemente aufgenommen hat.

Man könnte noch einwenden, wir stellten an die normale Genitalfunktion zu hohe Ansprüche, die konfliktschwangere Atmosphäre des modernen Kulturmenschen absorbiere libidinöse Kräfte in einem Ausmaße, daß libidinöse, der biologischen Tendenz entsprechende Ausbrüche wie beim primitiven Naturmenschen unmöglich werden; das Sexualleben des Kulturmenschen sei in Vorlustmechanismen und perversen Akten zersplittert. Gewiß, aber gerade Freud hat als erster auf den innigen Zusammenhang zwischen kultureller Entwicklung und Abnahme der sexuellen Potenz hingewiesen; die frigide Frau ist ein Produkt der Kultur. Dessenungeachtet gilt es, den „erotischen Wirklichkeitssinn" in der analytischen Therapie jedes Falles freizulegen, mag auch der reale Erfolg hinter dem idealen gedachten noch so weit zurückstehen. Wir gedenken hier einer schriftlichen Äußerung Freuds, wir müßten uns zufrieden geben, den Patienten soweit wieder herzustellen, als er unter günstigen Bedingungen es hätte von selbst werden können. Je genauer wir aber die Bedingungen der Erkrankung und die des Gesundbleibens kennen werden, desto gründlicher und von desto besseren Erfolgen gekrönt werden unsere Heilbemühungen sein.

Eingegangen am 10. September 1924.